

**Tisztelt Ügyfelünk!**

Szolgáltatási igényének bejelentéséhez kérjük, töltsse ki ezt a formanyomtatványt és a megjelölt dokumentumokkal együtt küldje vissza részünkre.

E-mail: [ugyfelszolgalat@cardif.hu](mailto:ugyfelszolgalat@cardif.hu); Fax: 06 1 501 2301; Posta: CARDIF Biztosító Zrt. 1033 Budapest, Kórház u. 6-12. (2020. július 1- jétől

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt., 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.)

**Kérjük, fordítson külön figyelmet az igénybejelentő hátoldalán mindkét szürkével megjelölt és vastagon keretezett mezőre, mert ha ezeket nem írja alá, nem tudjuk megkezdeni kárigényének elbírálását.**

Tájékoztatjuk, hogy az adatkezelés önkéntes hozzájáruláson alapul. Mindazon információ, amely Önről a tudomásunkra jut, csak a kárrendezési folyamat során, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz kivizsgálásához kerül felhasználásra. Hangsúlyozzuk azonban, hogy amennyiben nem írja alá az igénybejelentő hátoldalán található adatkezelési nyilatkozatot\*, úgy hiánypótlás céljából visszaküldjük Önnek az igénybejelentő nyomtatványt, és a kárügyintézés csak az aláírt példány beérkezését követően tudjuk megkezdeni.

Figyelmébe ajánljuk a mellékelve küldött zöld színű tájékoztató anyagunkat, amelyet azért készítettünk, hogy Ön könnyebben kiismerje magát a kárrendezési eljárás során. Amennyiben kérdése merülne fel, hívjon minket bizalommal a **+36 1 501 2350**-es telefonszámon. Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el és hiánytalanul töltsse ki az igénybejelentőt.

**A Biztosított személyes adatai:**

|  |   |
|--|---|
| Név:.....  | Születési<br>név:.....<br><i>Ezt csak akkor töltsse ki, ha különbözik a jelenlegi nevétől</i>   |
| Születési<br>dátum:.....                                 | Levelezési<br>cím:.....   |
| Otthoni telefonszám:.....<br><br>Mobil telefonszám:..... | <input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag biztosításával kapcsolatos ügyintézés céljából történő felhasználásához.*<br><br>e-mail cím:..... |

**Meghatalmazott személyes adatai (amennyiben a Biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el):**

|  |   |
|--|---|
| Név:.....  | Levelezési<br>cím:.....   |
| Otthoni telefonszám:.....<br><br>Mobil telefonszám:..... | <input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag biztosításával kapcsolatos ügyintézés céljából történő felhasználásához.*<br><br>e-mail cím:..... |

\***Tájékoztatás e-mail cím felhasználásáról:** amennyiben hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és használatához, társaságunk e-mail-ben is felveheti a kapcsolatot Önnel, kizárólag biztosításával kapcsolatos ügyintézés céljából. Amennyiben az e-mail-en történő kommunikációhoz való hozzájárulását vissza kívánja vonni, kérjük, küldjön erről üzenetet az [ugyfelszolgalat@cardif.hu](mailto:ugyfelszolgalat@cardif.hu) e-mail címre, vagy írja meg kérését postai úton.

**Mely termékekhez kapcsolódóan vette igénybe a Cardif (2020. július 1-jétől BNP Paribas Cardif) biztosítását?**

- Cetelem hitelkártya                      Hitelszerződés száma: .....
- Cetelem személyi kölcsön              Hitelszerződés száma: .....

Cetelem áruhitel

Hitelszerződés száma: .....

Cetelem jövedelempótló biztosítás

Hitelszerződés száma: .....

### Mikor regisztrált a Munkaügyi Központban?

Dátum (év/hó/nap): .....

**Amennyiben munkaviszonya közös megegyezéssel szűnt meg, ki kezdeményezte a munkaviszony megszüntetését? Ön vagy a munkáltató?**

.....

### Kérjük elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

|  |
|--|
| Munkaügyi Központ által kiállított <b>Határozat az álláskeresőként történő nyilvántartásba vétel megállapításáról</b> másolata   |
| Munkaügyi Központ által kiállított <b>Hatósági Bizonyítvány</b> (arról, hogy 60 napot meghaladóan regisztrált álláskereső)   |
| Megszűnt munkaviszonyához kapcsolódó <b>munkaszerződésének másolata</b>  |
| <b>Munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat</b> (felmondólevél vagy közös megegyezésről szóló megállapodás) másolata  |
| Országos Egészségbiztosítási Pénztár által - A biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló igazolványának másolata ( <b>OEP kiskönyv</b> , nem a TAJ kártya)   |
| Amennyiben olyan termékkel kapcsolatos szolgáltatásra nyújt be igénylést, amely esetében az Általános Szerződési Feltételek szerint a Biztosító az Ön által megjelölt bankszámlára is folyósít, kérjük, hogy a fentiekén kívül annak a bankszámlának a számát is szíveskedjen megadni, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri: |
| Számlaszám: ..... Számlatulajdonos neve:.....  |

Ezt a részt csak akkor töltse ki, ha a Magyar Cetelem Bank Zrt-n kívül más bank vagy munkáltató terméke mellé is igénybe vette a Cardif (2020. július 1-jétől BNP Pribas Cardif) biztosítását.

| Bank / szolgáltató neve   | Termék típusa   | Termékazonosító  |
|---|---|--|
| amennyiben nem csak a Cetelem-nél vette igénybe biztosításunkat | amely mellé Cardif (2020. július 1-jétől BNP Paribas Cardif) biztosítást vett igénybe   | hitelszerződés száma / biztosítási szerződés száma / bankszámlaszám / közműszámla száma / telefon számla esetén telefonszám  |
| .....   | <input type="checkbox"/> áruhitel<br><input type="checkbox"/> személyi hitel<br><input type="checkbox"/> autó hitel<br><input type="checkbox"/> jelzáloghitel | <input type="checkbox"/> hitelkártya<br><input type="checkbox"/> jövedelembiztosítás<br><input type="checkbox"/> telefon számla<br><input type="checkbox"/> közmű számla |

**Abban az esetben, ha Ön a Budapest Autófinanszírozási Zrt-nél vagy a Banif Plus Bank Zrt. által nyújtott hitelhez kapcsolódóan rendelkezik biztosítással, és a munkaviszonya közös megegyezéssel szűnt meg, az előző oldalon megjelölt mellékleteken kívül az alábbi dokumentum csatolását is kérjük:**

- A mellékelt „Munkáltatói igazolás“ formanyomtatvány volt munkáltatója által kitöltött eredeti példánya

**Abban az esetben, ha Ön a Budapest Bank Zrt-nél rendelkezik jövedelembiztosítással, a fentiekén kívül az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:**

- Határozat másolata az álláskeresői járadékra vagy segélyre való jogosultság megállapításáról

- A káreseményt megelőző 6 hónapra vonatkozó bérjegyzék vagy bankszámlakivonat másolata

**Abban az esetben, ha Ön a Budapest Bank Zrt-nél rendelkezik jövedelembiztosítással vagy személyi kölcsönrel, illetve egyéb olyan termékkel kapcsolatos szolgáltatásra nyújt be igénylést, amely esetében az Általános Szerződési Feltételek szerint a Biztosító az Ön által megjelölt bankszámlára is folyósít, kérjük, hogy a fentiekén kívül annak a bankszámlának a számát is szíveskedjen megadni, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:**

Számlaszám: ..... Számlatulajdonos neve:.....

### Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok

Mindazon információ, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint **Biztosított** a tudomásunkra jut a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra. Az adatkezelésre vonatkozó részletes Adatvédelmi tájékoztatót a biztosításra vonatkozó Általános és Különös biztosítási Feltételek elnevezésű dokumentum tartalmazza.

**Amennyiben nem a Biztosított az igénybejelentő, akkor kérjük a szolgáltatási igénybejelentőhöz csatoltan legyen szíves megküldeni meghatalmazását!**

**Tájékoztatás Meghatalmazott személyek részére  
(Amennyiben a biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el)**

Mindazon személyes adat, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint **Meghatalmazottról** a tudomásunkra jut a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra. Az adatkezelés az Ön személyes adatai tekintetében önkéntes hozzájáruláson alapul. Az adatkezelésre vonatkozó részletes tájékoztatónkat Társaságunk Adatkezelési tájékoztatója tartalmazza, melyet a [www.bnpparibascardif.hu](http://www.bnpparibascardif.hu) weboldalon megtalál. Ön jogosult bármikor visszavonni hozzájárulását, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét. A hozzájárulás visszavonása azonban megakadályozhatja a szerződésben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítését, kivéve ha a Biztosított ismét bejelenti személyesen a kárt.

**Kérjük, az alábbi nyilatkozat kitöltésével és aláírásával adja meg hozzájárulását a személyes adatainak kezeléséhez.**

**Nyilatkozat a Meghatalmazott személyes adatainak kezeléséhez való hozzájárulásról**

Alulírott **Meghatalmazott**, jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. (2020. július 1- jétől BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt.) a kárrendezési eljáráshoz szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljáráshoz, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához beszerezze, nyilvántartsa, felhasználja, az ahhoz szükséges mértékben az Adatkezelési tájékoztatóban foglaltak szerint kezelje a vonatkozó, hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Név: .....

Aláírás: .....

**Tájékoztatás SMS szolgáltatásról**

A kárrendezési eljárás során Önnek lehetősége van SMS formájában tájékoztatást kapni a jelen igénybejelentő nyomtatványon megjelölt biztosítási szolgáltatás iránti igénye(i)vel kapcsolatos legfontosabb információkról. SMS szolgáltatásunk igénybevétele díjmentes. Társaságunk az SMS elküldéséhez külső szolgáltatót, mint adatfeldolgozót vesz igénybe (Dream Interactive Kft.; 1027 Budapest Medve utca 24.), amely az SMS küldési szolgáltatás nyújtása során birtokába kerülő valamennyi írott vagy szóbeli adatot, közleményt, információt (pl.: telefonszám, SMS szövege), függetlenül annak megjelenési formájától, bizalmasan kezel, és teljes felelősséget vállal azért, hogy ezek nem jutnak jogosulatlan harmadik fél birtokába. A külső szolgáltató a telefonszám és az SMS szövegén kívül nem fér hozzá az Ön személyes adataihoz, amelyeket a kárrendezési eljárás során bocsátott rendelkezésünkre. Tájékoztatjuk, hogy az SMS szolgáltatás igénybevétele esetén Ön az esetleges telefonszám-változásának tényét és új mobil telefonszámát köteles írásban bejelenteni Társaságunkhoz, még a változás bekövetkeztét megelőzően. A bejelentés elmulasztásából eredő következményekért Társaságunk nem vállal felelősséget. Tájékoztatjuk Önt, hogy az SMS szolgáltatás igénybevétele esetén Ön nem tud Társaságunknak üzenetet küldeni és a Társaságunk által küldött SMS üzenetre sem tud válaszolni. Társaságunk fenntartja magának a jogot, hogy előzetes értesítés nélkül felfüggeszse a szolgáltatást, ha ez karbantartási vagy biztonsági okokból szükséges. Tájékoztatjuk, hogy az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi tájékoztatót megismerte és elfogadta.

**Kérjük, itt ikszelje be, ha igénybe venné ingyenes kényelmi SMS szolgáltatásunkat:**

*Az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi tájékoztatót megismerte és elfogadta.*

**Alulírott, jelen igénybejelentő aláírásával kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelőek és teljeseek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja, és a kockázatvállalást megszüntetheti.**

**Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:**

Dátum: .....

Igénybejelentő aláírása: .....