

Tisztelt Ügyfelünk!

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

E-mail: 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.

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

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

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

Mikor állapították meg a rokkantságot?

Rokkantság megállapításának dátuma (év/hó/nap):

Betegségből vagy balesetből kifolyólag állapították meg a rokkantságot?

- balesetből kifolyólag betegségből kifolyólag

Amennyiben balesetből kifolyólag állapították meg a rokkantságot, kérjük adja meg a baleset pontos dátumát (év/hó/nap):, és írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a baleset!

.....

.....

.....

Kárigénye elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

- A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által kiadott szakvélemény másolata
- A rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozat másolata
- Amennyiben az egészségkárosodás oka betegség, a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentációk másolata
- Amennyiben az egészségkárosodás oka baleset, a baleseti vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata

Ezt a részt csak akkor töltse ki, ha a Magyar Cetelem Bank Zrt-n kívül más bank vagy szolgáltató terméke mellé is igénybe vette a Cardif (2020. július 1-jétől BNP Paribas Cardif) biztosítását.	Bank / szolgáltató neve amennyiben nem csak a Cetelem-nél vette igénybe biztosításunkat	Termék típusa amely mellé Cardif (2020. július 1-jétől BNP Paribas Cardif) biztosítást vett igénybe	Termékazonosító hitelszerződés száma / biztosítási szerződés száma / bankszámlaszám / közműszámla száma / telefon számla esetén telefonszám
	<input type="checkbox"/> áruhitel <input type="checkbox"/> személyi hitel <input type="checkbox"/> autó hitel <input type="checkbox"/> jelzáloghitel	<input type="checkbox"/> hitelkártya <input type="checkbox"/> közmű számla <input type="checkbox"/> telefon számla
<p>Abban az esetben, ha Ön a Budapest Bank Zrt-nél rendelkezik személyi kölcsönrel, vagy az EDF DÉMÁSZ Zrt-nél számlabiztosítással, vagy 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 fentiekben kívül annak a bankszámlának a számát is szíveskedjen megadni, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:</p>			
Számlaszám:.....- Számlatulajdonos neve:.....			

Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok

Mindazon információ, amely a kárrendezési eljárás folyamata során Önről, mint **Biztosított** a tudomásunkra jut, a kárrendezési folyamat során, 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.

Kérjük, hogy a kárrendezési folyamat megkezdése érdekében írja alá a következő adatkezelési nyilatkozatot:

Nyilatkozat az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok kezeléséhez való hozzájárulásról	
Alulírott Biztosított / Meghatalmazott jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. (2020. július 1- jétől BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt., továbbiakban: Biztosító) és az esetleges viszontbiztosítói a kárrendezési eljáráshoz illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatait gyűjtsék és kezeljék, tekintettel arra, hogy ezek az adatok elengedhetetlenül szükségesek a szerződésben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítéséhez. Tudomásul veszem továbbá, hogy ezeket az adatokat a Biztosító a kár elbírálásához igénybe vett orvosszakértői részére továbbítja. Tájékoztatom, hogy a hozzájárulását bármikor visszavonhatja. A hozzájárulás visszavonása azonban megakadályozhatja a biztosítási szolgáltatások teljesítését. Hozzájárulásának visszavonása nem eredményezi adott esetben a biztosított jogviszonyának megszüntetését, és a kezelt egészségügyi adatok nem kerülnek törlésre, kivéve ha az adatkezelésnek nincs más jogalapja.	
Név:	Aláírás:

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

Tájékoztató Meghatalmazott személyek részére (Amennyiben a Biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el)

Mindazon személyes adat, amely a kárrendezés folyamat során Önről, mint **Meghatalmazott** a tudomásunkra jut, a kárrendezési folyamat során, 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 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, 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, a jelen igénybejelentő aláírásával kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelőek és teljesek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja, és a kockázatvállalást megszüntetheti.

Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:

Dátum:.....	Igénybejelentő személy aláírása:.....
-------------	---------------------------------------