

Szerződésszám:	
----------------	--

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve:			
Levelezési címe:			
Telefonszáma:		E-mail címe*:	

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve:			
Biztosított születéskori neve:		Anyja születéskori neve:	
Születési helye, ideje:			
Állandó lakcíme:			
Telefonszáma:		E-mail címe*:	

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje! (Többet is bejelölhet.)

☐ Baleseti halál	☐ Baleset miatti iskolai hiányzás
☐ Baleseti maradandó egészségkárosodás	☐ Hozzá tartozó látogatási költségének térítése
☐ Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás	☐ Rendkívüli hazautaztatás költsége (belföldön)
☐ Baleseti okú műtét térítés	☐ Kutyaharapás
☐ Baleseti okú kórházi napi térítés	☐ Szemüveg pótlás
☐ Csonttörés	☐ Mobiltelefon, laptop, tablet pótlás
☐ Égési sérülés	☐ Anafilaxiás sokk (rovarcsípés okozta)
☐ Kullancs okozta bénulás	☐ Poggyászkár
☐ Rehabilitációs támogatás	☐ Betegséből eredő kórházi napi térítés
☐ Speciális balesetek (szúrt, vágott sérülés, áramütés)	

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

☐ Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!) ☐ Örökös ☐ Név szerint jelölve			
KEDVEZMÉNYEZETT			
Neve:			
Születéskori neve:		Anyja születéskori neve:	
Születési helye, ideje:			
E-mail címe*:			
Állandó lakcíme:			

* Hozzájárulok, hogy a Biztosító a szolgáltatás elbírálásával kapcsolatosan a tájékoztatást az igénybejelentőn megadott e-mail címen továbbítsa.
Tudomásul veszem, hogy hozzájárulásomat bármikor, indokolás nélkül jogosult vagyok visszavonni, mely az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti.

Kelt: _____ 20__ év __ hó __ nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Kedvezményezett vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Érvényes: 2024. november 14-től **Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő kizárólag az első 3 oldal megléte esetén értékelhető!**



☐ A biztosítási összeget kérem fizessék ki az alábbi pénzügyi számlára:	
Számlavezető bank neve:	
Számlatulajdonos neve:	
Forintos bankszámlaszám:	
Eurós bankszámlaszám (IBAN kód - bankszámlaszám):	
SWIFT kód (Eurós bankszámla esetén):	
☐ A biztosítási összeget kérem vezessék át az alábbi, CIG Pannónia életbiztosítási szerződésre:	
Szerződő neve:	
Szerződésszám:	
Szerződés számlája**:	

** Rendszeres (1-es számmal kezdődő szerződésszám)/Eseti (5-ös számmal kezdődő szerződésszám)/Szabad felhasználású eseti (3-as számmal kezdődő szerződésszám)

Alulírott, kijelentem, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. felé jelen nyilatkozatban bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek, valamint nyilatkozom, hogy a biztosítási szerződésre vonatkozó Általános és Különös Feltételeket megismertem és elfogadtam. Tudomásul veszem, hogy amennyiben tőlem eltérő személy bankszámlájára/életbiztosítási szerződésére kérem a biztosítási összeg utalását, akkor az összeg feletti rendelkezési jogomat visszavonhatatlanul elvesztem.

MILYEN MINŐSÉGBEN TESZI A BEJELENTÉST?		A megfelelőt kérjük jelölje!
☐ Biztosított		
☐ Szerződő		
☐ Név szerint jelölt kedvezményezett		
☐ Örökös		
☐ Hozzá tartozó, mégpedig:		

Kelt: 20 év hó nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Kedvezményezett vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Érvényes: 2024. november 14-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő kizárólag az első 3 oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

telefon: +36-1-5-100-100
telefax: +36-1-209-90-07



KEDVEZMÉNYEZETT NYILATKOZATA (HA EGYBEN BIZTOSÍTOTT)

Alulírott **kijelentem**, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet. Ezúton **kijelentem**, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos, valamint az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg hatóságokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-vel szemben, a Biztosító szolgáltatásához szükséges mértékben a titoktartás alól felmentem. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a Biztosító rendelkezésére bocsátom. **Tudomásul veszem**, hogy a biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli. Jelen igénybejelentő aláírásával **egyrészt felhatalmazom a Biztosítót egészségügyi adataim beszerzésére**, másrészt az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 25.§ (2) bekezdése alapján **felmentem az orvosi titoktartás alól a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon** – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – **adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.**

Alulírott az előzetes, részletes tájékoztatás alapján jelen nyilatkozat aláírásával önkéntesen, befolyásmentesen és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a szolgáltatási igény elbírálása és a Biztosító szolgáltatásának teljesítése céljából az általam megadott, vagy a Biztosító tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem adom meg a kért hozzájárulást a Biztosítónak nem áll módjában a szolgáltatást teljesíteni.

Tudomásul veszem továbbá a tájékoztatást, miszerint a hozzájárulásomat bármikor, indokolás nélkül visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti. Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem. Az Adatkezelési tájékoztató a Biztosító Ügyfélszolgálatán (Népliget Center Business Center, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) szintén elérhető.

KEDVEZMÉNYEZETT NYILATKOZATA (HA NEM A BIZTOSÍTOTT)

Alulírott **kijelentem**, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet. Ezúton **kijelentem**, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos, valamint a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg hatóságokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-vel szemben, a Biztosító szolgáltatásához szükséges mértékben a titoktartás alól felmentem. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a Biztosító rendelkezésére bocsátom.

Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem. Az Adatkezelési tájékoztató a Biztosító Ügyfélszolgálatán (Népliget Center Business Center, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) szintén elérhető.

BIZTOSÍTOTT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK NYILATKOZATA

Alulírott, (születéskori neve: ,
anyja neve: , születési helye, ideje: ,
lakcíme: , mint a Biztosított/Kedvezményezett törvényes képviselője kijelentem, hogy jelen nyilatkozatok, mint a Biztosított/Kedvezményezett törvényes képviselője által tett nyilatkozatok, a Biztosított/Kedvezményezettre is kiterjednek.

Kelt: _____

2	0			év			hó			nap
---	---	--	--	----	--	--	----	--	--	-----

Igénybejelentő aláírása

Biztosított vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Kedvezményezett vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Érvényes: 2024. november 14-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő kizárólag az első 3 oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

telefon: +36-1-5-100-100
telefax: +36-1-209-90-07

3/4



A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ELBÍRÁLÁSÁHOZ A KÖVETKEZŐ IRATOK MÁSOLATÁT KÉRJÜK

1. Baleseti halál esetén:

- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- baleseti / munkahelyi baleseti / rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült),
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása,
- boncolási jegyzőkönyv másolata, szükség esetén (előzményvizsgálat esetében, amennyiben a halottvizsgálati bizonyítványon jelezték, hogy készült),
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt másolata (ha készült),
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; ambuláns lap; kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során), kórházi zárójelentések másolata, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- igazolvány sportolói tagságról (ha szükséges),
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges),
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékatadó végzés másolata (feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg),
- a kiadásokat igazoló eredeti számlák (ha szükséges),
- kiskorú örökös, kedvezményezett esetén (jogerős hagyatékatadó végzés szerinti) gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámhatósági betétkönyv megnyitásáról, mely tartalmazza a számlaszámot (ha szükséges).

2. Balesetbiztosítás életbenléti szolgáltatás esetén

- baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült),
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során), kórházi zárójelentések másolata, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata),
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata – a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismertetének pontos időpontjával, ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata,
- igazolvány sportolói tagságról (ha szükséges),
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges),
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt (ha készült),
- kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbetegellátásban részesült (ha szükséges).

3. Baleseti műtėti térítés esetén:

- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccím-kártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

4. Baleseti kórházi napi térítés esetén:

- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccím-kártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

5. Baleseti égési sérülés esetén:

- az égési sérüléssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képfalkó leletek),
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccím-kártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

6. Baleseti csonttörés, csontrepedés esetén:

- a csonttöréssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képfalkó leletek),
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccím-kártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

7. Kullancs okozta bénulás esetén

Kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum.

8. Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén:

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata.

Valamennyi biztosítási esemény vonatkozásában, törvényes képviselő esetén a Gyámhatóság jóváhagyása szükséges az alábbi esetekben:

- A törvényes képviselő jognyilatkozatának érvényességéhez, ha az a kiskorú jogszabályban meghatározott összeget meghaladó értékű vagyontárgyról rendelkezik. A gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 149/1997. (IX.10.) Korm. rendelet 26/B. § (3) bekezdése szerint, ha a szülői rendelkezéssel érintett vagyon értéke meghaladja a szociális vetítési alap összegének negyvenötzörösét (jelen nyilatkozási minta érvényességi idejében aktuális összeg: 1.282.500 forint).
- Gondnokolt esetben a gondnokolt, illetve a gondnok jognyilatkozatának érvényességéhez, ha az a gondnokot kirendelő határozatban megállapított összeget meghaladó értékű vagyontárgyára vonatkozik.