

IGÉNYBEJELENTŐ NYOMTATVÁNY – KERESŐKÉPTELENSÉG

Köszönjük, hogy Társaságunkat választotta! Bízunk abban, hogy segítségére tudunk lenni ezen nehéz helyzetben.

Kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbi tájékoztatót annak érdekében, hogy a kárigény benyújtása és elbírálása a lehető leghamarabb megtörténjen.

1. Kérjük, töltsse ki elektronikusan az alábbi igénybejelentő nyomtatványt. Amennyiben erre nincs lehetősége, nyomtatást követően kézzel is kitöltheti.
2. Kérjük, adja meg **e-mail címét és telefonszámát a gyorsabb kapcsolatfelvétel érdekében.**
3. Kárigénye elbírálásához kérjük, csatolja az alábbiakban felsorolt **dokumentumokat**:

Minden esetben:

- Kitöltött és aláírt igénybejelentő** nyomtatvány (következő oldal),
- "Orvosi igazolás folyamatos keresőképthelelségről" elnevezésű igazolás („**táppénzes papír**“) másolata **VAGY** amennyiben az Ön munkáltatója TB kifizető hely, a munkahely hivatalos igazolása arra vonatkozóan, hogy mettől meddig volt Ön táppénzes állományban,
- Balesetből eredő táppénz esetén **ambuláns lap**,
- Betegség esetén **házi orvosi igazolás** arról, hogy **pontosan milyen diagnózis okán** van Ön táppénzes állományban **és mikor diagnosztizálták első alkalommal** ezt a betegséget.

Az alábbi esetekben szükséges további dokumentumok:

- Kórházi ellátás esetén Kórházi zárójelentés másolat
- Rendőrségi intézkedés esetén Rendőrségi jegyzőkönyv másolata
- Munkahelyi baleset esetén Üzemi baleseti jegyzőkönyv másolata

A fenti dokumentumok hiányában a kárigény elbírálását nem áll módunkban elvégezni, hiánypótlásra lesz szükség, ami hosszabb kárrendezési időt eredményez.

4. Kérjük, hogy az igénybejelentő nyomtatvány utolsó oldalát lássa el **saját kezű aláírással**. Elektronikus benyújtás esetén **minősített elektronikus aláírással vagy AVDH** segítségével is aláírhatja az igénybejelentőt.

*amennyiben nincs minősített elektronikus aláíró tanúsítványa, de rendelkezik ügyfélkapu hozzáféréssel, úgy az aláíráshoz avasoljuk az AVDH (azonosításra visszavezetett dokumentumhitelesítés) szolgáltatás használatát (https://magyarorszag.hu/szuf_avdh_feltoltes)

5. **Kérjük, küldje el az elbíráláshoz szükséges dokumentumok másolatát a következő e-mail címre: ugyfelszolgalat@cardif.hu.**

E-mailes küldés esetén a dokumentumok hamarabb beérkeznek, ezáltal hamarabb kezdhethetjük az ügyintézését.

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

Fax: 06 1 501 2301

Amennyiben kérdése van, kérjük, bizalommal keresse telefonos ügyfélszolgálatunkat: +36 1 501 23 00

IGÉNYBEJELENTŐ NYOMTATVÁNY – KERESŐKÉPTELENSÉG

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított teljes neve: Születési név: Születési dátum: Születési hely: Állampolgárság: Anyja neve: Szerződésszám (nem kötelező):

Amennyiben az ügyben a fent megjelölt biztosított helyett meghatalmazott jár el, a meghatalmazott adatait a következő oldalon kell megadni.

Állandó lakcím: Település: Irányítószám: Ország (ha nem Magyarország):

KAPCSOLATTARTÁSI ADATOK

Mobiltelefonszám: E-mail: Egyéb telefonszám:

Postacím, amennyiben eltér az állandó lakcímtól:

Cím: Település: Irányítószám:

KÁRESEMÉNY

A káreseménnyel kapcsolatos információk

A keresőképtelenség oka: Betegség Baleset A keresőképtelenség kezdeti dátuma:

Kérjük, röviden írja le betegségét, vagy balesetét, amely a keresőképtelenséget okozta:

Baleset esetén rendőrségi intézkedés történt-e? Igen Nem Munkahelyi baleset esetén készült-e jegyzőkönyv? Igen Nem

BANKSZÁMLA ADATOK

Szolgáltatás kifizetéséhez szükséges információk (ezt a rovatot NEM KELL KITÖLTENI abban az esetben, ha a biztosítási feltételek alapján a szolgáltatás nem a biztosított által megadott számlára teljesítendő pl. hitel törlesztőrészelete(k) / fennálló tartozás megfizetése a pénzügyi intézménynek)Bankszámla szám: - - A Biztosított a számla tulajdonosa: Igen Nem **Amennyiben nem a Biztosított a számlatulajdonos, kérjük adja meg a számla tulajdonos adatait:**Név: Születési dátum: Állandó lakcím: Állampolgárság:

Alulírott, 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.

Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok

Mindazon információ, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint Biztosítottól 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, vagy megtalálható a www.bnpparibascardif.hu weboldalon.

Alulírott Biztosított / Meghatalmazott jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) és az esetleges viszontbiztosítói a kárrendezési eljárásához 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 igénybevetett 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.

Kelt:

Bejelentő aláírása



Tájékoztató és nyilatkozatok Meghatalmazott személyek részére

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

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 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. Alulírott Meghatalmazott, jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. a kárrendezési eljárásához szükséges személyes adataimat, beleértve az előző oldalon megadott kapcsolattartási adatokat is, a kárrendezési eljárásához, 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:

Születési dátum: Anyja neve:

Születési hely: Állampolgárság:

Lakcím:

Kelt:



Meghatalmazott aláírás

Kérjük, hogy a kitöltött és aláírt igénybejelentőt, vagy másolatát, illetve az alábbi, felsorolt dokumentumok másolatait (e-mail küldés esetén szkennelve, fényképezve) juttassa el az alábbi elérhetőségeink egyikére!

E-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu;

Fax: 06 1 501 2301; **Posta:** BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. 1062. Budapest, Teréz krt. 55-57.

Kárelbíráláshoz szükséges dokumentumok:

- „Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű igazolás („táppénzes papír”) másolata, vagy **a munkahely hivatalos igazolása (TB kifizető hely esetén)**, arra vonatkozóan, hogy mettől meddig volt Ön táppénzes állományban
- Balesetből eredő táppénz esetén **ambuláns lap**,
- Betegség esetén háziorvosi igazolás arról, hogy **pontosan milyen diagnózis okán** van Ön táppénzes állományban és **mikor diagnosztizálták első alkalommal azt a betegséget**.
- Kórházi ellátás, rendőrségi intézkedés vagy munkahelyi baleset esetén az első oldalon megjelölt dokumentum.

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben nem az összes, elbíráláshoz szükséges dokumentumot küldi el, hiánypótlásra lesz szükség, ami hosszabb kárrendezési időt eredményez.