

Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány csoportos balesetbiztosításhoz

a Magyar Kosárlabdázók Országos Szövetsége nyilvántartásában szereplő, sportorvosi igazolással és
játékengedéllyel / versenyengedéllyel rendelkező sportolók részére

SZERZŐDŐ

Név:	Magyar Kosárlabdázók Országos Szövetsége	Szerződésszám:	1601006020
------	--	----------------	------------

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve:			
Lakcíme (levelezési cím!):			
Telefonszáma:		Email címe*:	

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve:			
Biztosított születésnéve:		Anyja születésnéve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele*:			
Állandó lakcíme:			
		Email címe**:	

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje!

<input type="checkbox"/> Baleseti halál	<input type="checkbox"/> Baleseti rokkantság	<input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés	<input type="checkbox"/> Achilles-in vagy szalagszakadás
<input type="checkbox"/> Csonttörés	<input type="checkbox"/> Baleseti gyógyulási támogatás	<input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés	<input type="checkbox"/> Balesetből eredő kómás állapot
Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:			

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

<input type="checkbox"/> Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!)	<input type="checkbox"/> Örökösök	<input type="checkbox"/> Név szerint jelölve
--	-----------------------------------	--

KEDVEZMÉNYEZETT

Neve:			
Születésnéve:		Anyja születésnéve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele*:			
Állandó lakcíme:			
Azonosító okmány száma* (személyi ig./útleve/vezetői eng.)		Lakcímgazolvány száma*:	

*Csak haláleseti szolgáltatási igény esetén kitöltendő.

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

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap |

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mindhárom oldal megléte esetén értékelhető!

Érvényes: 2024. június 1-től

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eutelefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021

A kedvezményezett azonosításával kapcsolatos nyilatkozatok

Kérjük a nyomtatványhoz csatolja a személyes okmányait (személyi igazolvány mindkét oldalának és lakcímkártyájának a lakcímet igazoló oldalának) másolatát.) Abban az esetben, ha a szerződő jogi személy, vagy jogi személyiség nélküli szervezet, az Azonosítási adatlap kitöltése és csatolása kötelező, kérjük, hogy a tényleges szerződőre / díjfizető személyére / és a tényleges tulajdonos személyére az Azonosítási adatlapot kitölteni szíveskedjék, és azt mellékelje az ajánlati csomaghoz. Cégek kivonattal, Alírási címpéldánnyal/Alírási mintával, valamint a személyes okmányok fénymásolatával együtt mellékelje a kérelemhez.

Természetes személy kedvezményezett esetén kérjük az alábbi kérdések megválaszolását:

Alulírott kedvezményezett kijelentem, hogy:		
1.) természetes személyként saját nevemben, (azaz saját magam nevében) járok el	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
2.) meghatalmazottként, rendelkezésre jogosultként, képviselőként más természetes személy vagy bármilyen jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet nevében járok el	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
3.) Kiemelt közszereplő vagyok, vagy az ügyfélátvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot láttam el, vagy ilyen személy közeli hozzátartozója vagyok, vagy ilyen személlyel közeli kapcsolatban állok, vagy a szerződés tényleges tulajdonosa e három kategória valamelyikébe tartozik.	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Írja be a lenti kategória kódját, amennyiben igen:		
3a	az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,	
3b	az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,	
3c	a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,	
3d	a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítélőtábla és a Kúria tagja,	
3e	a számvetősök és a központi bank igazgatóság tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,	
3f	a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei,	
3g	többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,	
3h	nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja, vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy.	
4.) a szerződés díjfizetője azonos a személyemmel	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
5.) rendelkezem külföldi lakóhellyel	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
6.) rendelkezem külföldi állampolgársággal	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen

A biztosítási összeget kérem a fentieknek megfelelően 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 a fentieknek megfelelően 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 (3-as számmal kezdődő szerződésszám)

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

MILYEN MINŐSÉGBEN TESZI A BEJELENTÉST? A megfelelőt kérjük jelölje!

Biztosított
 Szerződő
 Törvényes örökös
 Név szerint jelölt kedvezményezett

Hozzártartozó, mégpedig: _____

Kelt: _____ 20__ év ____ hó ____ nap

Igénybejelentő aláírása
Biztosított aláírása
Kedvezményezett aláírása

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mindhárom oldal megléte esetén értékelhető!

Érvényes: 2024. június 1-től

Ügyfélszolgálat:

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

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021

CSATOLANDÓ DOKUMENTUMOK

CSATOLANDÓ DOKUMENTUM MEGNEVEZÉSE		Életbenléti szolgáltatás esetén	Baleseti halál esetén
Eredetiben	Másolatban		
Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány		X	X
Kedvezményezett jelölő nyilatkozat*		-	X
	Halotti anyakönyvi kivonat	-	X
	Halottvizsgálati bizonyítvány	-	X
	Boncjegyzőkönyv	-	X
	A balesetet szenvedett sportoló biztosított minőségét igazoló érvényes engedélyének másolata	X	X
	A Magyar Kosárlabdázók Országos Szövetsége által versenyzői engedélyről kiállított igazolás másolata	X	X
	Jogerős hagyatékátadó végzés/ öröklési bizonyítvány***	-	X
	Jogerős rendőrségi határozat	-	X
	Jogosítvány, forgalmi engedély**	X	X
A szolgáltatási igényre vonatkozó kórházi zárójelentések, laborvizsgálatok (vér, vizelet, stb.), képalkotó (Rtg., CT, MR) és egyéb diagnosztikai vizsgálatok eredménye		X	-
*amennyiben szerződés kötésekor, illetve a biztosítási eseményt megelőzően a biztosított jelölt meg név szerinti kedvezményezette(ke)t **amennyiben a biztosított vezetett ***amennyiben halál esetére nincs név szerint megjelölt kedvezményezett			
Tájékoztató! Kiskorú kedvezményezett esetén a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhez vétele után fizeti ki Társaságunk a szolgáltatás összegét a gyámhatóság rendelkezésének megfelelően. Amennyiben rendelkezik a gyámhatóság jogerős határozatával, úgy kérjük annak másolatát a bejelentő nyomtatvánnyal egy időben küldje meg részünkre. Ha a szükséges határozattal nem rendelkezik, úgy azt Társaságunk megkéri a gyámhivataltól.			

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 szervezetek, 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. Hozzájárulok**, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatasson a szerződő részére legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

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, indoklás 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.

Kijelentem, hogy amennyiben a Biztosított kiskorú, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem, mint a Biztosított törvényes képviselője által tett nyilatkozat, a kiskorú Biztosítottira is kiterjed.”

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 szervezetek, 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. **Hozzájárulok**, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatasson a szerződő részére legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

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.

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a kifizetendő életbiztosítási szolgáltatási összeg meghaladja a 4 500 000 Ft-ot vagy az annak megfelelő devizaösszeget, akkor a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről szóló jogszabályi rendelkezések alapján a kifizetésre jogosult személy azonosítása, illetve a kifizetésre jogosult által kifizetés helyként megjelölt pénzügyi számláról szóló igazolás (bankszámla szerződés/ bankszámlakivonat/ bankszámla igazolás) benyújtása szükséges.

20 | | év | | hó | | nap |

Kelt: _____

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mindhárom oldal megléte esetén értékelhető!

Érvényes: 2024. június 1-től

BIZTOSÍTOTT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK NYILATKOZATA:

Alulírott

		Állampolgárság:		
Születéskori neve:		Anyja születéskori neve:		
Születési helye, ideje:				
Állandó lakcíme:				

kijelentem, hogy jelen nyilatkozatot a Biztosított törvényes képviselőjeként teszem meg.** Kőtelezettséget 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 felhatalmazom a Biztosítót a Biztosított egészségügyi adatai beszerzésére. Hozzájárulok, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatson a szerződő részére, legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

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 adatait a Biztosítotttnak 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.

** Törvényes képvisellel kapcsolatos további tájékoztatást jelen igénybejelentő nyomtatvány 3. oldalán olvashat.

Kelt: _____

2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap |

Igénybejelentő aláírása_____
Biztosított aláírása_____
Kedvezményezett aláírása**Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mindhárom oldal megléte esetén értékelhető!**

Érvényes: 2024. június 1-től

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eutelefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-20-21

TÁJÉKOZTATÓ

A 18. életévét be nem töltött kiskorú személy (továbbiakban: kiskorú) törvényes képviselőt a vonatkozó jogszabály által meghatározott keretek között a szülői felügyeletet gyakorló szülő(k), illetve eseti gyám, vagyонkezelő gyám vagy gyám látja el.

A törvényes képviselő korlátai lehetnek többek között az alábbiak:

- A vagyонkezelői joggal nem rendelkező, illetve vagyoni ügyek vitelében korlátozott szülő a kiskorú vagyoni ügyeiben törvényes képviselőként nem járhat el.
- Amennyiben a szülők megállapodása, illetve a bíróság vagy a gyámhatóság eltérően nem rendelkezett, a különélő szülő nem jogosult a kiskorú törvényes képviselőre.
- A szülő nem képviselheti a gyermeket olyan ügyben, amelyben ő maga, házastársa, élettársa, egyenesági rokona vagy az ő törvényes képviselője alatt álló más személy a kiskorúval szemben ellenérdekű fél.
- Nem járhat el törvényes képviselőként az a szülő, akinek szülői felügyeleti joga megszűnt, illetve a bíróság megszüntette, valamint, akinek a szülői felügyeleti joga szünetel, továbbá akinek vagyонkezelői jogát a gyámhatóság kizárta vagy korlátozta, ezért a biztosító szolgáltatása vonatkozásában a kiskorú képviselőre nem jogosult.

Amennyiben a kiskorú - bármely okból - nem áll szülői felügyelet alatt, a gyámhatóság gyámot, illetve ha törvény vagy a gyámhatóság rendelkezése, érdekkellentét vagy más tényleges akadály miatt a szülői felügyeletet gyakorló szülő nem járhat el, a gyámhatóság a kiskorúnak eseti gyámot, vagy kifejezetten a vagyon kezelésére vagyонkezelő gyámot rendel. Gyám, eseti gyám vagy vagyонkezelő gyám kirendelése esetén, kérjük csatolni a kirendelő határozat másolatát!

A kiskorú jogszabályban meghatározott összeget meghaladó értékű vagyontárgyáról való rendelkezés esetén (szülői rendelkezéssel érintett vagyon értéke meghaladja a szociális vetítési alap összegének negyvenötszörösét, azaz $28\,500 \times 45 = 1\,282\,500$ Ft-ot) a törvényes képviselő jognyilatkozatához a gyámhatóság jóváhagyása szükséges lehet.

A kiskorú törvényes képviselőre vonatkozó részletes szabályokat, valamint korlátait a vonatkozó jogszabályok, - különösen a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény - tartalmazzák.

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mindhárom oldal megléte esetén értékelhető!

Érvényes: 2024. június 1-től

Ügyfélszolgálat:

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

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-20-21