



Vagyon- és felelősségbiztosítási kárbejelentő

SZERZŐDÉS ADATAI

Kötvényszám:			
Kockázatviselési hely:	Település:		
Közterület:	Házzszám:	Emelet:	Ajtó:

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Neve:			
Lakcím, irányítószám:	Település:		
Közterület:	Házzszám:	Emelet:	Ajtó:
Telefon:	E-mail cím:		

KÁROSULT ADATAI (felelősségbiztosítási károknál)

Neve:			
Lakcím, irányítószám:	Település:		
Közterület:	Házzszám:	Emelet:	Ajtó:
Levelezési cím, irányítószám:	Település:		
Közterület:	Házzszám:	Emelet:	Ajtó:
Telefon:	E-mail cím:		
Bankszámlaszám:			
A hatályos jogszabályok értelmében a károsodott vagyontárgyak vonatkozásában Áfa-visszaigénylésre:	<input type="checkbox"/> jogosult vagyok	<input type="checkbox"/> nem vagyok jogosult	

MEGHATALMAZOTT ADATAI*

Neve:			
Lakcím, irányítószám:	Település:		
Közterület:	Házzszám:	Emelet:	Ajtó:
Telefon:	E-mail cím:		
Kinek a képviseletében jár el:	szerező	biztosított	károsult

*Amennyiben meghatalmazott jár el, a meghatalmazást mellékelendő. A meghatalmazás érvényességéhez két tanú feltüntetése (név, cím, aláírás) is szükséges. A meghatalmazás tartalmi és formai követelményeit tartalmazó meghatalmazás minta a <https://www.cigpannonia.hu/ugyfeleinknek/dokumentumok> oldalon érhető el.

A SZOLGÁLTATÁS IGÉNY BEJELENTŐJE

Az igénybejelentő milyen minőségben jár el:	szerező	biztosított	meghatalmazott
---	---------	-------------	----------------

KÁRESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

Kár helye, irányítószám:	Település:		
Közterület:	Házzszám:	Emelet:	Ajtó:
Kár időpontja:			
Kár oka:			
Becsült kárösszeg (forint):			
Káresemény rövid leírása:			
Károsodott vagyontárgyak:			

Érvényes: 2023. július 1-től.

Hatósági eljárás volt?	Igen	Nem
Eljáró hatóság megnevezése:		
A biztosítási szolgáltatás / kártérítés kifizetését:		
<input type="checkbox"/> a _____ banknál vezetett _____ számlaszámra kérem utalni.		
<input type="checkbox"/> postai úton, lakcímemre kérem.		
Más biztosító társaságnál rendelkezik-e az ingatlanra / ingóságra érvényesvagyonbiztosítással:	Igen	Nem
Biztosító neve:	Biztosítás kötvényszáma:	

KÁRFELELŐSSÉGRE VONATKOZÓ ADATOK

A biztosított a károkozásért való felelősségét elismeri-e:	Igen	Nem	Részben
Indoklás:			
A biztosítottal szembeni igényérvényesítés időpontja:			
A biztosított a kárt megtérítette-e:	Igen	Nem	
A biztosított által megtérített kár összege (forint):	A kifizetés időpontja:		

Nyilatkozat

A hatályos jogszabályok értelmében a károsodott vagyontárgyak vonatkozásában Áfa-visszatérítésre:	<input type="checkbox"/> jogosult vagyok	<input type="checkbox"/> nem vagyok jogosult
Kijelentem, hogy a káresemény kapcsán másik biztosítóval szemben, illetve másik biztosítóval fennálló szerződésem alapján:	<input type="checkbox"/> igényt érvényesítettem / érvényesítek	<input type="checkbox"/> igényt nem érvényesítettem / nem érvényesítek
Biztosító neve:	Biztosítás kötvényszáma:	

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 Első Magyar Általános Biztosító Zrt.-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.

Károsult aláírása
(felelősségbiztosítás esetén)

Biztosított aláírása

Igénybejelentő aláírása
(amennyiben a Biztosítottól eltérő személy)

Személyi sérüléssel kárigénnyel összefüggésben, 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.

Kelt: _____ | 2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap |

Érvényes: 2023. július 1-től.