

Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány

TERMÉK MEGNEVEZÉSE A megfelelőt kérjük jelölje!

Otthon Alkony kegyeleti biztosítás*	Otthon Harmónia kockázati életbiztosítás*
Otthon Vitál egészségbiztosítás	Otthon Gondoskodás baleset-, egészség- és számlavédelem biztosítás

*Kérjük a 2. oldalon található „A kedvezményezett azonosításával kapcsolatos nyilatkozatok” rész kitöltését.

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve:	
Lakcíme (levelezési cím!):	
Telefonszáma:	
	E-mail címe:**

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

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

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY A megfelelőt kérjük jelölje!

Otthon Alkony kegyeleti biztosítás	Haláleset (baleseti)	Haláleset (betegségi)	
Otthon Harmónia kockázati életbiztosítás	Haláleset (baleseti)	Haláleset (betegségi)	
Otthon Vitál egészségbiztosítás	Rettegott betegség		
Otthon Gondoskodás baleset és számlavédelem	Baleseti halál	Baleseti rokkantság 1-100%	Baleseti műtéti térítés
	Baleseti kórházi napi térítés 1. naptól	Baleseti égési sérülés	Baleseti csonttörés
	Baleseti költségtérítés	Munkanélküliség	Keresőképtelenség
	Baleseti rehabilitációs támogatás	Kullancscsípés okozta Lyme-kór, agyvelő- és agyhártyagyulladás	Speciális balesetek (szúrt, vágott sérülés, áramütés)
	Anafilaxiás sokk (rovarcsípés okozta)	Kutyaharapás	

KEDVEZMÉNYEZETT A megfelelőt kérjük jelölje!

Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!)	Örökösök	Név szerint jelölve
---	----------	---------------------

KEDVEZMÉNYEZETT

Neve:	
Születés kori neve:	Anyja születés kori neve:
Születési helye, ideje:	
Adóazonosító jele:**	E-mail címe:**
Állandó lakcíme:	
Azonosító okmány száma: (személyi ig./útlevél/vezetői eng.)	Lakcímigazolvány száma:

**Csak haláleseti szolgáltatás esetén kitöltendő.

***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. A Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatás a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon érhető el.

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

Igénybejelentő aláírása

Biztosított vagy törvényes képviselőjének aláírása

Kedvezményezett vagy törvényes képviselőjének aláírása

Érvényes: 2026. május 19-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő négyoldalas nyomtatvány, kizárólag mind a négy oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

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

Életbiztosító tel.: +36 1 5 100 200
Általános Biztosító tel.: +36 1 5 100 100

A kedvezményezett azonosításával kapcsolatos nyilatkozatok

Kérjük, a nyomtatványhoz csatolja a személyes okmányait (személyi igazolvány mindkét oldalának és lakcímkártyájának a lakcímet igazoló oldalának másolatát!)

Kérjük, az alábbi kérdések megválaszolását:

Alulírott kedvezményezett kijelentem, hogy:		
1.) természetes személyként, saját nevemben, (azaz saját magam nevében) járok el	igen	nem
2.) *meghatalmazottként, rendelkezésre jogosultként, képviselőként más természetes személy vagy bármilyen jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet nevében járok el	igen	nem
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.	igen	nem
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 Ítéletábrla és a Kúria tagja,	
3e	a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon az 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 Vezérkari főnököknek 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	igen	nem
5.) rendelkezem külföldi lakóhellyel	igen	nem
6.) rendelkezem külföldi állampolgársággal	igen	nem

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:	
Szerződés számlája**:	
Szerződés számlája**:	

*Amennyiben meghatalmazott jár el, a meghatalmazás mellékelendő. A meghatalmazás tartalmi és formai követelményeit tartalmazó meghatalmazás minta a <https://www.cigpannonia.hu/ugyfeleinknek/dokumentumok> oldalon érhető el.

**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 Biztosítók felé jelen nyilatkozatban bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek, valamint nyilatkozom, hogy azon biztosítási termék biztosítási feltételeit, melyre a szolgáltatási igény vonatkozik 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	Örökös	Név szerint jelölt kedvezményezett	
Hozzáartozó, mégpedig:			

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

Érvényes: 2026. május 19-től

Igénybejelentő aláírása Biztosított vagy törvényes képviselőjének aláírása Kedvezményezett vagy törvényes képviselőjének aláírása

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő négyoldalas nyomtatvány, kizárólag mind a négy oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

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

Életbiztosító tel.: +36 1 5 100 200
Általános Biztosító tel.: +36 1 5 100 100

A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ELBÍRÁLÁSÁHOZ A KÖVETKEZŐ IRATOK MÁSOLATÁT KÉRJÜK**Betegségi halál esetén:**

- jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány teljes, olvasható másolata,
- örökösök azonosító okmányainak másolata (személyi ig./útlevél/vezetői eng. és laccímekártya laccímet igazoló oldalának másolata),
- halotti anyakönyvi kivonat teljes olvasható másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány teljes olvasható másolata,
- boncjegyzőkönyv teljes olvasható másolata,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén),
- jogosítvány, forgalmi engedély (gépjárművezetés közben bekövetkezett baleset esetén),
- véralkohol vizsgálat, drogteszt (amennyiben készült),
- balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes, olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, OMSZ jelentés stb.),
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata),
- ha történt hatósági vizsgálat (pl. rendőrség), a hatósági vizsgálat lezárásáról szóló határozat teljes, olvasható másolata,
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártyájának másolata.

A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.

Baleseti halál esetén:

- jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány teljes olvasható másolata,
- örökösök azonosító okmányainak másolata (személyi ig./útlevél/vezetői eng. és laccímekártya laccímet igazoló oldalának másolata),
- halotti anyakönyvi kivonat teljes, olvasható másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány teljes, olvasható másolata,
- boncjegyzőkönyv teljes, olvasható másolata,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén),
- jogosítvány, forgalmi engedély (gépjárművezetés közben bekövetkezett baleset esetén),
- véralkohol vizsgálat, drogteszt (amennyiben készült),
- balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, OMSZ jelentés stb.),
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata),
- ha történt hatósági vizsgálat (pl. rendőrség), a hatósági vizsgálat lezárásáról szóló határozat teljes, olvasható másolata,
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártyájának másolata.

A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.

Baleseti rokkantság, rehabilitációs támogatás esetén:

- a végleges állapotot leíró orvosi szakvélemény másolata,
- balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes, olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, OMSZ jelentés stb.)
- az utánkövetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata,
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum másolata (pl. jegyzőkönyv másolata),
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártya laccímet igazoló oldalának másolata,
- rehabilitációs támogatásra vonatkozó bejelentés esetén a fentieken túl a Biztosított nevére és címére szóló, Magyarországon kiállított számla.

Baleseti műtéti térítés esetén:

- balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képkalkotó leletek, OMSZ jelentés stb.)
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata),
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártya laccímet igazoló oldalának másolata.

Baleseti kórházi napi térítés esetén:

- balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes, olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képkalkotó leletek, OMSZ jelentés stb.),
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata),
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártya laccímet igazoló oldalának másolata.

Baleseti égési sérülés esetén:

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

Baleseti csonttörés, csontrepedés esetén:

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

Baleseti költségtérítés esetén:

- a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák,
- balesetet igazoló valamennyi dokumentáció, (baleseti jegyzőkönyv, vizsgálati eredmények, közlekedési baleset esetén rendőrségi határozat),
- amennyiben a biztosított jármű vezetőként sérült, hatósági igazolás, a véralkohol vizsgálati eredményéről, hogy érvényes gépjármű vezetői engedéllyel-, és a gépjármű érvényes forgalmi engedéllyel rendelkezik,
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártya laccímet igazoló oldalának másolata.

Érvényes: 2026. május 19-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő négyoldalas nyomtatvány, kizárólag mind a négy oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

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

Életbiztosító tel.: +36 1 5 100 200
Általános Biztosító tel.: +36 1 5 100 100

<p>Keresőképtelenség esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> · baleset esetén a baleseti jegyzőkönyv, ha ilyen készült, · az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány hiteles másolata, · minden olyan dokumentum, igazolás másolata, mely a keresőképtelenség elbírálására, igazolására jogosult orvos vagy kórház állított ki, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapotok megnevezését, · orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről elnevezésű nyomtatvány másolata.
<p>Munkanélküliség esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> · a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata · Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolata, · a munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről, · a megszűnt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés fénymásolata, · a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolata, · a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolása, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső, · az álláskeresési járadék iránti kérelem másolata, az álláskeresési járadékra való jogosultságot megállapító, vagy elutasító határozat másolata, a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló keltezés fénymásolata.
<p>Retteggett betegség esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> · betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes, olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képkészítési leletek, OMSZ jelentés stb.)
<p>Kullancscsípés okozta Lyme-kór, agyvelő- és agyhártyagyulladás esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> · a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a diagnosztizálástól a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; kezelések, vizsgálatok iratai, leletek, kórházi zárójelentések másolatai), · kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum.
<p>Speciális balesetek, anafilaxiás sokk, kutyaharapás esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> · 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 hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismertetének pontos időpontjával, ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata, · véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt (ha készült), · kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbeteg ellátásban részesült (ha szükséges).

Biztosított 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. Kötelezettséget válllok 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. **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 Biztosítottra is kiterjed.”

Kedvményezett 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. Kötelezettséget válllok 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.

BIZTOSÍTOTT/KEDVÉNYEZETT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK NYILATKOZATA	
Alulírott,	(születés kori neve: _____)
anyja neve:	_____, születési helye, ideje: _____,
lakcíme:	_____), mint a Biztosított/Kedvményezett törvényes képviselője kijelentem, hogy jelen nyilatkozatok, mint a Biztosított/Kedvményezett törvényes képviselője által tett nyilatkozatok, a Biztosított/Kedvményezettre is kiterjednek.

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

Érvényes: 2026. május 19-től

Igénybejelentő aláírása

Biztosított vagy törvényes képviselőjének aláírása

Kedvményezett vagy törvényes képviselőjének aláírása

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő négyoldalas nyomtatvány, kizárólag mind a négy oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

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

Életbiztosító tel.: +36 1 5 100 200
Általános Biztosító tel.: +36 1 5 100 100