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:			
Biztosított születéskori neve:		Anyja 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	☐ Rettegett 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:			
Születéskori neve:		Anyja születéskori neve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele:***		E-mail címe:**	
Állandó lakcíme:			
Azonosító okmány száma***: (személyi ig./útlevél/vezetői eng.)		Lakcímigazolvány száma***:	

****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.**

*****Csak Otthon Alkony kegyeleti biztosítás, illetve Otthon Harmónia kockázati életbiztosítás haláleseti szolgáltatás esetén kitöltendő!**

Kelt: _____ 2 0 ___ év ___ hó ___ nap

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

Érvényes: 2026. október 29-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő ötoldalas nyomtatvány, kizárólag az első három aláírt oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:
CIG Biztosítók

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

P0000NY1791/08

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 ítélőtábla 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 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	☐ 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 pénzintézeti 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 életbiztosítási szerződésre:**	
Szerződő neve:	
Szerződés számlája**:	
Szerződés számlája**:	

*Amennyiben meghatalmazott jár el, a meghatalmazás mellékelendő. A meghatalmazás megtehető jelen igénybejelentő nyomtatvány következő oldalán található meghatalmazás rész vagy a meghatalmazás tartalmi és formai követelményeit tartalmazó, a www.cigpannonia.hu/ugyfeleinknek/dokumentumok oldalon elérhető meghatalmazás minta kitöltésével, a meghatalmazó és két tanú általi aláírásával.

**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 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 ☐ Szerződő

☐ Hozzátartozó, mégpedig:

Kelt: _____ 2 0 ___ év ___ hó ___ nap

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

Érvényes: 2026. október 29-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő ötoldalas nyomtatvány, kizárólag az első három aláírt oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:
CIG Biztosítók

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

P0000NY1791/08

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 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. **Hozzájárulok,** hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltasson 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, 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.

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.

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. 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 szolgáltasson 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/KEDVEZMÉNYEZETT 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 Biztosítottra/Kedvezményezettre 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 pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről szóló jogszabályi rendelkezések alapján a kifizetésre jogosult személy azonosítása, illetve a kifizetésre jogosult által kifizetési helyként megjelölt pénzintézeti számláról szóló igazolás (bankszámla szerződés/bankszámlakivonat/bankszámla igazolás) benyújtása szükséges.

MEGHATALMAZÁS

Alulírott Kedvezményezett (életbenléti szolgáltatás esetén Biztosított), mint Meghatalmazó meghatalmazom

Név: _____ anyja neve: _____
lakcím: _____ születési hely, idő _____

meghatalmazottat, hogy jelen igénybejelentőn megjelölt szolgáltatási igénnyel kapcsolatosan a Biztosító előtt teljes jogkörrel képviseljen, nevemben és helyettem eljárjon, jognyilatkozatot tegyen. Jelen nyilatkozatommal felmentem a Biztosítót a harmadik személyekkel szembeni titoktartási kötelezettsége alól a Meghatalmazott irányába. Ez alapján a Biztosító jogosult a Meghatalmazott részére a jelen meghatalmazásban meghatározott szolgáltatási igénnyel kapcsolatban az az igény teljesítéséhez szükséges, illetve kért információt (beleértve az egészségügyi adataimat is) a Meghatalmazott részére átadni.

Előttünk, mint tanúk előtt

1. tanú		**1. tanú**	
Név (olvashatóan):		Név (olvashatóan):	
Lakcím:		Lakcím:	
Aláírás:		Aláírás:	

Érvényes: 2026. október 29-től

Igénybejelentő aláírása

Biztosított vagy törvényes képviselőjének aláírása

Kedvezményezett vagy törvényes képviselőjének aláírása

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő ötoldalas nyomtatvány, kizárólag az első három aláírt oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:
CIG Biztosítók

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

P0000NY1791/08

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 lakcímkártya lakcímet 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 lakcímkártyájának 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 lakcímkártya lakcímet 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 lakcímkártyájának 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 lakcímkártya lakcímet 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, képalkotó leletek, OMSZ jelentés stb.) · baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata), · társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártya lakcímet 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, képalkotó leletek, OMSZ jelentés stb.), · baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata), · társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártya lakcímet igazoló oldalának másolata.
Baleseti égési sérülés esetén:
· az égési sérüléssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes, olvasható másolata (zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képalkotó leletek), · társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártya lakcímet igazoló oldalának másolata.
Baleseti csonttörés, csontrepedés esetén:
· a csonttöréssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes, olvasható másolata (zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képalkotó leletek), · társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártya lakcímet 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 rendelkezett, · társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártya lakcímet igazoló oldalának másolata.

Ügyfélszolgálat:
CIG Biztosítók

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

P0000NY1791/08

Keresőképtelenség esetén:
· 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.
Munkanélküliség esetén:
· 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 szelvény fénymásolata.
Rettegett betegség esetén:
· betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes, olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képalkotó leletek, OMSZ jelentés stb.)
Kullancscsípés okozta Lyme-kór, agyvelő- és agyhártyagyulladás esetén:
· 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.
Speciális balesetek, anafilaxiás sokk, kutyaharapás 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 hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismeretének 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).

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő ötoldalas nyomtatvány, kizárólag az első három aláírt oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:
CIG Biztosítók

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

P0000NY1791/08