



CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Administratívne oddelenie

Hlásenie v prípade výskytu poistnej udalosti

Číslo zmluvy:	
---------------	--

ÚDAJE POISTENÉHO	
Meno poisteného:	
Rodné meno poisteného:	
Rodné meno matky:	
Miesto, dátum narodenia:	
Adresa trvalého pobytu:	
Zamestnanie:	

VYPLNIŤ V PRÍPADE MALOLETEJ OSOBY, PRÁVNE NESPÔBILEJ ALEBO OSOBY S OBMEDZENOU PRÁVNOU SPÔSOBILOSŤOU**	
Meno oprávnenej osoby:	
Rodné meno:	
Rodné meno matky:	
Miesto, dátum narodenia:	
Priložte vyplnené vyhlásenie „Vyhlásenie o zákonomnom zastupovaní/opatrovníctve“ alebo potvrdenie Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny ohľadom zákonného zástupcu.	

OSOBA UPLATŇUJÚCA SI NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE		Vyhovujúce označte!
☐ Poistený (v prípade služby počas života!)		☐ Zákonní dediči
☐ Menovite označení		
OSOBA UPLATŇUJÚCA SI NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE		
Meno:		
Rodné meno:	Rodné meno matky:	
Miesto, dátum narodenia:		
DIČ:	E-mailová adresa:*	
Adresa trvalého pobytu:		
Číslo identifikačného dokladu: (občiansky preukaz/cestovný pas/vodičský preukaz)	Číslo dokladu o trvalom pobyte:	

*Súhlasím, aby Poistovňa v súvislosti s posúdením služby posielala oznámenia na e-mailovú adresu uvedenú v hlásení.

Vyhotovené: 20 rok mesiac deň

Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

Podpis zákonného zástupcu osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie / Opatrovníka*

Platnosť: Od 3. decembra 2020

Upozorňujeme vás, že toto hlásenie je 4-stranným formulárom, hodnotiť ho je možné iba ak sú k dispozícii všetky strany!

Zákaznícka služba:

poštová adresa: 1300 Budapest, pf. 177, Maďarsko
e-mail: klientsky servis@cig.eu

Vyhlasenia týkajúce sa identifikácie osoby oprávnenej na poistné plnenie

K formuláru priložte kópiu svojich osobných dokladov (kópiu obidvoch strán občianskeho preukazu a kópiu tej strany karty trvalého pobytu, ktorá potvrdzuje trvalý pobyt). V tom prípade, ak poistník je právnická osoba alebo organizácia bez právnej subjektivity, je povinný vyplniť a priložiť Identifikačný formulár, žiadame vás, aby ste Identifikačný formulár vyplnili pre osobu skutočného poistníka / osobu platiacu poistné / a osobu skutočného vlastníka a priložili k návrhu. K žiadosti ho priložte spolu s výpisom z obchodného registra a podpisovým vzorom, resp. kópiami osobných dokladov.

V prípade poistníka fyzickej osoby vás žiadame o zodpovedanie nasledovných otázok:

Dolu podpísaná osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie vyhlasujem, že:		
1.) ako fyzická osoba konám vo vlastnom mene (t.j. v mene seba samého)	☐ áno	☐ nie
2.) ako splnomocnená osoba, osoba oprávnená konať, zástupca konám v mene inej fyzickej osoby alebo akejkoľvek právnickej osoby, resp. organizácie bez právnej subjektivity	☐ nie	☐ áno
3.) som politicky exponovaná osoba, alebo som v rámci roku pred začatím opatrení na presvietenie klientov vykonával dôležitú verejnú funkciu, alebo som blízkym príbuzným takejto osoby alebo s takouto osobou mám blízky vzťah, alebo skutočný vlastník zmluvy patrí do jednej z týchto troch kategórií	☐ nie	☐ áno
Pokiaľ áno, uveďte kód nižšie uvedenej kategórie:		
3a	hlava štátu, predseda vlády, minister, zástupca ministra, štátny tajomník, v Maďarsku hlava štátu, predseda vlády, minister a štátny tajomník,	
3b	poslanec parlamentu alebo člen podobného zákonodarného orgánu, v Maďarsku poslanec parlamentu, národnostný hovorca,	
3c	člen riadiaceho orgánu politickej strany, v Maďarsku člen vedúceho orgánu politickej strany, jej funkcionár,	
3d	člen najvyššieho súdu, ústavného súdu alebo iného súdneho orgánu vyššieho stupňa, proti rozhodnutiu ktorého sa nemožno odvolať, v Maďarsku člen Ústavného súdu, odvolacieho súdu, Najvyššieho súdu,	
3e	člen dvora audítorov a rady centrálnaj banky, v Maďarsku Predseda a podpredseda Národného dvora audítorov, člen Monetárnej rady a člen Rady pre finančnú stabilitu,	
3f	velvyslanec, chargé d'affaires, vysoko postavený príslušník ozbrojených síl, v Maďarsku vedúci ústredného orgánu orgánu činného v trestnom konaní a jeho zástupca, vedúci armádneho generálneho štábu a zástupcovia vedúceho armádneho generálneho štábu,	
3g	člen riadiaceho, dozorného alebo kontrolného orgánu podniku vo väčšinovom vlastníctve štátu, v Maďarsku konateľ, člen riadiaceho orgánu disponujúceho riadiacou alebo kontrolnou právomocou v podniku vo väčšinovom vlastníctve štátu,	
3h	vedúci, zástupca vedúceho, člen riadiaceho orgánu medzinárodnej organizácie.	
4.) osoba platiaca poplatky zmluvy je totožná s mojou osobou	☐ áno	☐ nie
5.) mám zahraničnú adresu pobytu	☐ nie	☐ áno
6.) mám zahraničné štátne občianstvo	☐ nie	☐ áno

☐ Poistnú sumu žiadam v súlade s vyššie uvedenými uhradiť na nasledujúci účet finančnej inštitúcie:		
Názov banky, v ktorej je účet vedený:		
Meno majiteľa účtu:		
Číslo bankového účtu v HUF:		
Číslo bankového účtu v EUR: (IBAN kód-číslo účtu):		
SWIFT kód		
☐ Poistnú sumu žiadam v súlade s vyššie uvedenými previesť na nasledujúcu poistnú zmluvu CIG Pannónia:		
Meno poistníka:		
Číslo zmluvy:		
Účet zmluvy**:		

** Rendszeres (1-es számmal kezdődő szerződésszám)/Eseti (5-ös számmal kezdődő szerződésszám)/Szabad felhasználású eseti (3-as számmal kezdődő szerződésszám)

Vyhotovené: 20 rok mesiac deň

Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

Podpis zákonného zástupcu osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie / Opatrovníka*

Platnosť: od 3. decembra 2020

Upozorňujeme vás, že toto hlásenie je 4-stranným formulárom, hodnotiť ho je možné iba ak sú k dispozícii všetky strany!

Zákaznícka služba:

poštová adresa: 1300 Budapest, pf. 177, Maďarsko
e-mail: klientskyservis@cig.eu

20000NY783/05

Informácie o najobvyklejších dokladoch, ktoré je potrebné predložiť v prípade jednotlivých poistných udalostí

Poistná udalosť	Najobvyklejšie doklady, ktoré je potrebné predložiť v súvislosti s poistnou udalosťou
V prípade každej poistnej udalosti predložte kópiu platného identifikačného dokladu osoby uplatňujúcej si poistné plnenie (napr. kópia občianskeho preukazu, alebo vodičského preukazu alebo cestovného pasu a dokladu o trvalom pobyte)	
1. Ukončenie platnosti/Dožitie	doklad potvrdzujúci, že poistený je nažive, t.j. Kópia platných identifikačných dokladov poisteného(ných) (napr. Kópia občianskeho preukazu alebo vodičského preukazu alebo cestovného pasu a dokladu o trvalom pobyte).
2. Získanie (vlastného) práva na dôchodok	Kópia rozhodnutia orgánu dôchodkového zabezpečenia o nadobudnutí práva na dôchodok
3. Poškodenie zdravia (Trvalé poškodenie funkcie)	kópie dokumentov a rozhodnutí vydaných a predložených orgánu, ktorý je oprávnený stanoviť pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, kópia dokumentov prvého lekárskeho ošetrenia, záverečná správa nemocnice, všetky lekárske dokumenty od prvého ošetrenia až po nahlásenie požiadavky, vyhlásenie lekára, výsledky histologického vyšetrenia, ambulantná karta
4. Obávaná/Kritická choroba	dokumenty pre danú chorobu definované v špeciálnych podmienkach súvisiaceho produktu
5. Chirurgický zákrok	kópia všetkých lekárskeho dokumentov týkajúcich sa stavu odôvodňujúceho chirurgický zákrok a záverečnej správy WHO kód chirurgického zákroku
6. Nemocničná starostlivosť	kópia dokumentov o prvom lekárskom ošetrení, záverečná správa nemocnice, všetky lekárske dokumenty od prvého ošetrenia až po nahlásenie požiadavky, overená kópia potvrdenia o práceneschopnosti, potvrdenie zamestnávateľa o pracovnom pomere, zápisnica o pracovnom úraze
7. Popálenina	kópia dokumentov o lekárskom ošetrení, záverečná správa nemocnice, všetky lekárske dokumenty od prvého ošetrenia až po nahlásenie požiadavky, potvrdenie zamestnávateľa o pracovnom pomere, zápisnica o pracovnom úraze
8. Práceneschopnosť	kópia dokladov lekárskeho ošetrenia, záverečná správa nemocnice, všetky lekárske dokumenty od prvého ošetrenia až po hlásenie požiadavky, posúdenie práceneschopnosti a kópia úradného dokladu vystaveného lekárom oprávneným na jej posúdenia, nemocnicou
9. Iné	dokumenty definované v prípade danej udalosti v špeciálnych podmienkach príslušného produktu

Okrem vyššie uvedeného by sme vás chceli upozorniť, že na základe bodu „Dokumenty potrebné na plnenie poisťovne“ Všeobecných podmienok životného poistenia môže byť potrebné zaslanie ďalších dokumentov.

Upozorňujeme vás, že ak suma služieb, ktorá sa má vyplatiť presahuje 4 500 000 HUF alebo ekvivalentnú sumu v cudzej mene, potom je potrebná identifikácia osoby oprávnenej na platbu v zmysle ustanovení právneho predpisu o predchádzaní prania špinavých peňazí a financovania terorizmu.

Pokiaľ je predkladaný dokument v cudzom jazyku, žiadame vás aj o predloženie maďarského prekladu dokumentu.

Oznamujeme vám, že náklady súvisiace so zaobstaraním dokumentov uvedených v zozname dokumentov, o ktoré je možné požiadať, znáša osoba.

Vyhodené: _____ 2 0 _____ rok _____ mesiac _____ deň _____

 Podpis osoby uplatňujúcej si
nárok na poistné plnenie

 Podpis zákonného zástupcu
osoby uplatňujúcej si nárok na
poistné plnenie / Opatrovníka*

Platnosť: od 3. decembra 2020

Upozorňujeme vás, že toto hlásenie je 4-stranným formulárom, hodnotiť ho je možné iba ak sú k dispozícii všetky strany!

Zákaznícka služba:
poštová adresa: 1300 Budapest, pf. 177, Maďarsko
e-mail: klientskyservis@cig.eu