

Číslo zmluvy:	
---------------	--

KONTAKTNÉ ÚDAJE OSOBY PODÁVAJÚCEJ HLÁSENIE

Meno osoby podávajúcej hlásenie:			
Adresa pobytu (poštová adresa):			
Telefónne číslo:		E-mailová adresa:*	

ÚMRTIE, ÚDAJE ZOSNULÉHO (POISTENÉHO)

Meno:			
Rodné meno:			
Rodné meno matky:			
Miesto, dátum narodenia:			
Zamestnanie:			
Príčina smrti:	☐ nie úraz	☐ pracovný úraz	☐ dopravná nehoda ☐ iný úraz
Miesto úmrtia:			
Iné označenie miesta: (v byte, nemocnici, atď.)			
Uskutočnilo sa oficiálne vyšetrovanie?	☐ áno ☐ nie	Názov orgánu:	

Dokumenty, ktoré sa majú poskytnúť: úmrtný list, správa o prehliadke mŕtveho, kópia pitevnej správy, úmrtná epikríza, záverečná správa nemocnice, potvrdenie praktického lekára, právoplatné rozhodnutie o dedičstve alebo kópia potvrdenia o dedičstve, zápisnica o nehode/pracovnom úraze, kópia rozhodnutia o uzatvorení vyšetrovania orgánu vyšetrojúceho nehodu napr. polícia, potvrdenie zamestnávateľa o pracovnom vzťahu.

VYPLNIŤ V PRÍPADO MALOLETEJ OSOBY, PRÁVNE NESPÔBILEJ ALEBO OSOBY S OBMEDZENOU PRÁVNOU SPÔSOBILOSŤOU

Meno oprávnenej osoby:			
Rodné meno:			
Rodné meno matky:			
Miesto a dátum narodenia:			
Adresa trvalého pobytu:			
Priložte vyplnené vyhlásenie „Vyhlásenie o zákonom 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 a dátum narodenia:			
DIČ:		E-mailová adresa:*	
Állandó lakcíme:			
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.

Vyhotené: 20 rok mesiac deň

Podpis osoby podávajúcej
hlásenie

Podpis osoby uplatňujúcej si
nárok na poistné plnenie

Žiadame vás, aby ste v každom prípade pripojili kópiu platného identifikačného dokladu osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie (napr. kópia občianskeho preukazu alebo vodičského preukazu alebo cestovného pasu a potvrdenia o trvalom pobyte). Upozorňujeme vás, 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 vyplátiť 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 uplatňujúca si nárok na poistné plnenie.

Platnosť: Od 3. decembra 2020

Zákaznícka služba:

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

Vyhlasenia súvisiace s identifikáciou osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

K formuláru priložite 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 priložite 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 uvedte 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 centrálnej banky, v Maďarsku Predseda a podpredseda Národného dvora audítorov, člen Monetárnej rady a člen Rady pre finančnú stabilitu,	
3f	veľvyslanec, 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**:		

** Pravidelný (číslo zmluvy začínajúce číslom 1)/Prípadový (číslo zmluvy začínajúce číslom 5)/Prípadový s voľným používaním (číslo zmluvy začínajúce číslom 3)

Vyhlasenie osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie (ak je zároveň poisteným alebo dedičom poisteného) Podpísaný vyhlasujem, že údaje, ktoré som uviedol v tomto formulári hlásenia sú pravdivé. Beriem na vedomie, že poisťovňa môže v záujme plnenia služby požiadať o ďalšie dokumenty a údaje, ktoré nie sú uvedené v tomto hlásení. Súhlasím s tým, aby poisťovňa spracúvala údaje súvisiace so zdravotným stavom poisteného a tieto údaje odovzdala sprostredkovateľovi. Beriem na vedomie, že osobu sprostredkovateľov, ich identifikačné údaje, resp. okruh údajov, ktoré sú im odovzdané a nimi vykonávané operácie sprístupňuje poisťovňa na svojej webovej stránke. Týmto svojím vyhlásením oslobodzujem od povinnosti uchovania lekárskeho tajomstva tie osoby, ktoré spracúvajú zdravotné údaje poisteného na základe povolenia v zmysle právnych predpisov alebo zmluvy, najmä ošetrojúceho lekára (vrátane praktického aj odborného lekára), odborníka, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo inštitúciu, štátne zdravotné orgány, záchrannú službu oslobodzujem od uchovávania lekárskeho tajomstva. Zároveň súhlasím s tým, aby všetky tieto osoby odovzdali poisťovní a sprostredkovateľovi na účely ďalšieho spracúvania osobné údaje poisteného týkajúce sa zdravotného stavu poisteného alebo údaje, ktoré sa dozvedeli počas poskytovania zdravotnej starostlivosti a zdravotné údaje patriace do osobitnej kategórie osobných údajov. Vyhlasujem, že pokiaľ je poistený maloletá osoba, potom sa môj súhlas a oslobodenie od uchovávania tajomstva ako zákonného zástupcu poisteného, vzťahuje aj na maloletého. Beriem na vedomie, že v prípade nesúhlasu so spracovaním osobných údajov poisťovňa nemôže plniť svoju službu. Vyhlásenie osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie (ak nie je poisteným alebo dedičom poisteného) Beriem na vedomie, že pre plnenie poisťovne je potrebné vyhlásenie poisteného alebo (v prípade smrti poisteného) jeho dediča na základe predchádzajúceho bodu a ako osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie sa zaväzujem toto vyhlásenie bezodkladne zaobstaráť a doručiť ho poisťovni. V prípade, ak neexistuje súhlas so spracovaním osobných údajov, neexistuje ani povinnosť Poisťovne plniť službu.

Vyhotovené: 20 rok mesiac deň

Podpis osoby podávajúcej hlásenie Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

Žiadame vás, aby ste v každom prípade pripojili kópiu platného identifikačného dokladu osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie (napr. kópia občianskeho preukazu alebo vodičského preukazu alebo cestovného pasu a potvrdenia o trvalom pobyte). Upozorňujeme vás, 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 uplatňujúca si nárok na poistné plnenie.

Platnosť: Od 3. decembra 2020

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