

 PANNÓNIA ÉLETBIZTOSÍTÓ	Dodatočný formulár k navrhnutiu Poisteného číslo 2.	
Kód sprostredkovateľa:		Číslo návrhu:

I. Údaje Poisteného číslo 2.: ☐ Sú totožné s údajmi Zmluvnej strany ☐ Muž ☐ Žena											
Rodné meno a priezvisko pri narodení:							Štátne občianstvo:				
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:											
Miesto narodenia:						Dátum narodenia:	Deň	Mesiac	Rok		
Adresa trvalého bydliska (PSC, miesto):											
Ulica, číslo domu, poschodie, byt č.:											
Druh, číslo identifikačného dokladu: ☐ Občiansky preukaz ☐ Cestovný pas											
Platnosť:											
Mail:							Telefón 1:				
Povolanie/Hlavný okruh činnosti:							Telefón 2:				
Pracovisko:							V akom zaradení pracujete? ☐ Zamestnanec ☐ Podnikateľ ☐ Iný				
Športové aktivity:							Aktívny športovec:	☐ áno ☐ nie	Pravidelnosť:	☐ denne ☐ týždenne ☐ príležitostne	
Vzťah k Zmluvnej strane:							Žijete so životným partnerom/životnou partnerkou, s manželom/manželkou: ☐ áno ☐ nie			Počet vyživovaných osôb:	

2. Poistený v prípade úmrtia Poisteného číslo 2.: ☐ Zmluvná strana ☐ Poistený číslo 1. ☐ Dedič po Poistenom číslo 2.										
Rodné meno a priezvisko pri narodení:							Miesto narodenia:			
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:							Dátum narodenia:			
Sídlo/Adresa trvalého bydliska:							Pohlavie:			☐ Muž ☐ Žena
Vzťah k Zmluvnej strane:							Vzťah k Poistenému č. 2.:			
Rodné meno a priezvisko pri narodení:							Miesto narodenia:			
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:							Dátum narodenia:			
Sídlo/Adresa trvalého bydliska:							Pohlavie:			☐ Muž ☐ Žena
Vzťah k Zmluvnej strane:							Vzťah k Poistenému č. 2.:			

Dolu podpísaný Zmluvná strana/Poistený vyhlasujem, že moje údaje, ktoré sú uvedené v tomto návrhu k životnému poisteniu, zodpovedajú skutočnosti. Beriem na vedomie, že podpisom tohoto návrhu strácam platnosť predošlé ústne podané informácie a námietky, dohody, ktoré nie sú zahrnuté v písomnej forme zmluvy. Ako zmluvná strana navrhujem CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. uzavretie zmluvy o životnom poistení a to s obsahom, ktorý zodpovedá podmienkam v návrhu uvedeného poistenia. Dolu podpísaný, ako Poistený tejto zmluvy (ako zákonný zástupca Poisteného) súhlasím s uzavretím zmluvy, ako aj s navrhnutím Oprávneného, ktorý je uvedený v tomto návrhu. Podpísaná Zmluvná strana svojím podpisom potvrdzujem, že som dostal informáciu o tom, že Sprostredkovateľ dostane za svoju sprostredkovateľskú činnosť odmenu, resp. o tom, že zdrojom tejto odmeny je poistné. **Dolu podpísaný vyhlasujem, že mám vedomosť o tom, že som povinný nahlásiť do 5 (piatich) dní Poist'ovni prípadné zmeny vo vyššie uvedených údajoch, vo svojich údajoch, resp. prípadné zmeny, ktoré sa týkajú osoby skutočného majiteľa, a že škoda vzniknutá nedodržaním tejto povinnosti ide na moju t'archu.** Dolu podpísaný vyhlasujem, že súhlasím, aby sprostredkovateľ prijatím tohoto vyhlásenia, odovzdal návrh a jeho prílohy, ďalej pri analýze potrieb Klienta zaznamenané osobné údaje Poist'ovni a aby Poist'ovňa s týmito údajmi zaobchádzala podľa podmienok uvedených v poistnej zmluve.

Miesto: _____, Deň: _____ Mesiac: _____ Rok: 20____

Podpis Zmluvnej strany (Poistník)

Podpis Poisteného číslo 1

Podpis Poisteného číslo 2

Podpis sprostredkovateľa

**CiG****Adresát:** Administratívne oddelenie poisťovne CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.**Číslo poisťnej zmluvy:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyhlásenie o zbavení mlčanlivosti

- A. Poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. eviduje a spravuje osobné a špecifické údaje svojich Klientov – spojené s poisťnou zmluvou, jej vznikom, evidenciou a so službou – podľa právnych predpisov do trvania ich platnosti a po platnosti až do termínu povinného zachovania.
- B. Podľa bodu (o) 1. odseku paragrafu 138 zákona číslo LXXXVIII. z roku 2014 o poisťnej činnosti (v ďalšom len Bit.) na tých, ktorí vykonávajú zverenú činnosť, sa nevzťahuje poisťná mlčanlivosť – medzi inými – ani vo vzťahu k údajom, ktoré sú potrebné k vykonávaniu tejto zverenej činnosti. Poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. poskytne údaje obsiahnuté v poisťnej zmluve s cieľom spravovania údajov a informovania klientov pre Maďarskú pobočku spoločnosti Tata Consultancy Services Limited (sídlo: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4 -20., budova B; DIČ: 219811282-43; IČO: 01-17-000295), spoločnosť EPDB Tlačové centrum Zrt. (sídlo: 1117 Budapest, Budafoki út 107-109.; DIČ: 24924243-2-43; IČO: 01-10-048079) a Milpress Kft. (sídlo: 1117 Budapest, Budafoki út 187-189; DIČ: 13657152-2-43; IČO: 01-09-866515). Zoznam externých firiem poisťovňa uvádza na svojej webovej stránke. Podľa (4) odseku paragrafu 138 zákona Bit. môže poisťovňa pre tých, ktorí vykonávajú zverenú činnosť, poslať osobné údaje klientov.
- C. Poistený splnomocňuje Poisťovňu, aby získala, evidovala a v určenom okruhu použila údaje, ktoré sa vzťahujú na zdravotný stav Poisteného a bezprostredne súvisia s uzavretím, pozmeňovaním a evidovaním zmluvy, ďalej ktoré súvisia s posudzovaním pohľadávok, vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Poistený ďalej splnomocňuje Poisťovňu aj na to, aby v okruhu iných cieľov poskytla tieto údaje na to oprávneným osobám podľa odsekov (1) a (7) paragrafu 138, podľa paragrafu 140 a podľa odseku (1) paragrafu 141 zákona číslo LXXXVIII. z roku 2014. Poistený zbavuje mlčanlivosti aj osoby (napr. obvodného, domáceho lekára) a organizácie (napr. orgán sociálneho poistenia) evidujúce tieto údaje zo zákonného poverenia. Okrem toho poistený splnomocňuje tie organizácie sociálneho poistenia, riadiace organizácie a iné úrady, ktoré vo veciach zmluvy konali, aby pre poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. odovzdali údaje, potrebné k správe zmluvy a k posúdeniu nároku na plnenie služby. Poisťovňa je oprávnená spravovať ním spravované údaje o zdravotnom stave počas trvania poisťného právneho vzťahu, ďalej v dobe dokedy možno uplatňovať nároky vyplývajúce z poisťného právneho vzťahu. Poisťovňa je povinná vymazať všetky tie, so zdravotným stavom priamo súvisiace údaje, ktoré sa vzťahujú na Klienta, bývalého Klienta alebo na neuzavretú zmluvu v prípade, že cieľ nakladania s údajom už pominul, alebo k spravovaniu ktorých nie je k dispozícii súhlas dotknutej osoby, resp. k spravovaniu ktorých neexistuje zákonný právny základ. Poisťovňa je povinná spravovať údaje, o ktorých má vedomosť, ako poisťné tajomstvo a toto tajomstvo zachovať bez časového obmedzenia.
- D. Podpísaný poistený podpisom tohto vyhlásenia vyjadrujem súhlas, aby poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. poskytla poradové číslo poisťného návrhu, ktorý sa viaže k mojej osobe, resp. moje nasledovné osobné údaje: meno a priezvisko, adresa trvalého bydliska, dátum narodenia pre poskytovateľa povereného poisťovňou, resp. pre poskytovateľa, ktorý vykonáva lekárske vyšetrenie. Podpísaný poistený beriem na vedomie, že poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže posielat' údaje o mojom zdravotnom stave aj poštou. Podpísaný poistený svojim podpisom potvrdzujem, že som prevzal jedno vyhotovenie daného vyhlásenia. Vyhlasujem, že vo vzťahu k vyššie popísanému poskytovaniu údajov zbavujem poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. mlčanlivosti o poisťnom tajomstve. Podpísaný sprostredkovateľ vyhlasujem vedomý svojej trestnoprávnej zodpovednosti, že som prevzal jeden exemplár tohto vyhlásenia a vykonal som identifikáciu poisteného na základe dokladu potvrdzujúceho jeho totožnosť.
- E. Podpísaný/á súhlasím, aby poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. po predložení tejto ponuky spravovala, analyzovala a spracúvala všetky údaje, ktoré sú uvedené v tejto ponuke.
- ☐ Nesúhlasím s tým, aby Poisťovňa odovzdala údaje podľa bodu A. pre osoby poverené sprostredkovaním zmlúv v záujme uzavretia zmluvy a spravovania údajov na účely analýzy údajov, marketingu a klientskeho servisu.

v _____ deň _____ mesiac _____ rok **20** _____

Podpis nového Poisteného

Podpis I. Sprostredkovateľa poistenia

 PANNÓNIA ÉLETBIZTOSÍTÓ	Dodatočný formulár k navrhnutiu Poisteného číslo 2.																					
Kód sprostredkovateľa: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												Číslo návrhu: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										

I. Údaje Poisteného číslo 2.: ☐ Sú totožné s údajmi Zmluvnej strany ☐ Muž ☐ Žena																			
Rodné meno a priezvisko pri narodení:								Štátne občianstvo:											
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:																			
Miesto narodenia:						Dátum narodenia:	Deň	Mesiac	Rok										
Adresa trvalého bydliska (PSC, miesto):																			
Ulica, číslo domu, poschodie, byt č.:																			
Druh, číslo identifikačného dokladu:						☐ Občiansky preukaz ☐ Cestovný pas		Platnosť: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
Mail:						Telefón 1:													
Povolanie/Hlavný okruh činnosti:						Telefón 2:													
Pracovisko:						V akom zaradení pracujete? ☐ Zamestnanec ☐ Podnikateľ ☐ Iný													
Športové aktivity:						Aktívny športovec: ☐ áno ☐ nie		Pravidelnosť: ☐ denne ☐ týždenne ☐ príležitostne											
Vzťah k Zmluvnej strane:						Žijete so životným partnerom/životnou partnerkou, s manželom/manželkou: ☐ áno ☐ nie		Počet vyživovaných osôb: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											

2. Poistený v prípade úmrtia Poisteného číslo 2.: ☐ Zmluvná strana <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> % ☐ Poistený číslo 1. <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> % ☐ Dedič po Poistenom číslo 2.																	
Rodné meno a priezvisko pri narodení:						Miesto narodenia:											
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:						Dátum narodenia:		Deň	Mesiac								
Sídlo/Adresa trvalého bydliska:								Pohlavie: ☐ Muž ☐ Žena									
Vzťah k Zmluvnej strane:						Vzťah k Poistenému č. 2.:											
Rodné meno a priezvisko pri narodení:						Miesto narodenia:											
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:						Dátum narodenia:		Deň	Mesiac								
Sídlo/Adresa trvalého bydliska:								Pohlavie: ☐ Muž ☐ Žena									
Vzťah k Zmluvnej strane:						Vzťah k Poistenému č. 2.:											

Dolu podpísaný Zmluvná strana/Poistený vyhlasujem, že moje údaje, ktoré sú uvedené v tomto návrhu k životnému poisteniu, zodpovedajú skutočnosti. Beriem na vedomie, že podpisom tohoto návrhu strácam platnosť predošlé ústne podané informácie a námietky, dohody, ktoré nie sú zahrnuté v písomnej forme zmluvy. Ako zmluvná strana navrhujem CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. uzavretie zmluvy o životnom poistení a to s obsahom, ktorý zodpovedá podmienkam v návrhu uvedeného poistenia. Dolu podpísaný, ako Poistený tejto zmluvy (ako zákonný zástupca Poisteného) súhlasím s uzavretím zmluvy, ako aj s navrhnutím Oprávneného, ktorý je uvedený v tomto návrhu. Podpísaná Zmluvná strana svojím podpisom potvrdzujem, že som dostal informáciu o tom, že Sprostredkovateľ dostane za svoju sprostredkovateľskú činnosť odmenu, resp. o tom, že zdrojom tejto odmeny je poistné. **Dolu podpísaný vyhlasujem, že mám vedomosť o tom, že som povinný nahlásiť do 5 (piatich) dní Poist'ovni prípadné zmeny vo vyššie uvedených údajoch, vo svojich údajoch, resp. prípadné zmeny, ktoré sa týkajú osoby skutočného majiteľa, a že škoda vzniknutá nedodržaním tejto povinnosti ide na moju t'archu.** Dolu podpísaný vyhlasujem, že súhlasím, aby sprostredkovateľ prijatím tohoto vyhlásenia, odovzdal návrh a jeho prílohy, ďalej pri analýze potrieb Klienta zaznamenané osobné údaje Poist'ovni a aby Poist'ovňa s týmito údajmi zaobchádzala podľa podmienok uvedených v poistnej zmluve.

Miesto: _____,
 Deň

--

 Mesiac

--

 Rok

2

0

Podpis Zmluvnej strany (Poistník)	Podpis Poisteného číslo 1	Podpis Poisteného číslo 2	Podpis sprostredkovateľa
-----------------------------------	---------------------------	---------------------------	--------------------------

**CiG**CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
www.cigslovensko.sk**Adresát:** Administratívne oddelenie poisťovne CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.**Číslo poisťnej zmluvy:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyhlásenie o zbavení mlčanlivosti

- A. Poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. eviduje a spravuje osobné a špecifické údaje svojich Klientov – spojené s poisťnou zmluvou, jej vznikom, evidenciou a so službou – podľa právnych predpisov do trvania ich platnosti a po platnosti až do termínu povinného zachovania.
- B. Podľa bodu (o) 1. odseku paragrafu 138 zákona číslo LXXXVIII. z roku 2014 o poisťnej činnosti (v ďalšom len Bit.) na tých, ktorí vykonávajú zverenú činnosť, sa nevzťahuje poisťná mlčanlivosť – medzi inými – ani vo vzťahu k údajom, ktoré sú potrebné k vykonávaniu tejto zverenej činnosti. Poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. poskytne údaje obsiahnuté v poisťnej zmluve s cieľom spravovania údajov a informovania klientov pre Maďarskú pobočku spoločnosti Tata Consultancy Services Limited (sídlo: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4 -20., budova B; DIČ: 219811282-43; IČO: 01-17-000295), spoločnosť EPDB Tlačové centrum Zrt. (sídlo: 1117 Budapest, Budafoki út 107-109.; DIČ: 24924243-2-43; IČO: 01-10-048079) a Milpress Kft. (sídlo: 1117 Budapest, Budafoki út 187-189; DIČ: 13657152-2-43; IČO: 01-09-866515). Zoznam externých firiem poisťovňa uvádza na svojej webovej stránke. Podľa (4) odseku paragrafu 138 zákona Bit. môže poisťovňa pre tých, ktorí vykonávajú zverenú činnosť, poslať osobné údaje klientov.
- C. Poistený splnomocňuje Poisťovňu, aby získala, evidovala a v určenom okruhu použila údaje, ktoré sa vzťahujú na zdravotný stav Poisteného a bezprostredne súvisia s uzavretím, pozmeňovaním a evidovaním zmluvy, ďalej ktoré súvisia s posudzovaním pohľadávok, vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Poistený ďalej splnomocňuje Poisťovňu aj na to, aby v okruhu iných cieľov poskytla tieto údaje na to oprávneným osobám podľa odsekov (1) a (7) paragrafu 138, podľa paragrafu 140 a podľa odseku (1) paragrafu 141 zákona číslo LXXXVIII. z roku 2014. Poistený zbavuje mlčanlivosti aj osoby (napr. obvodného, domáceho lekára) a organizácie (napr. orgán sociálneho poistenia) evidujúce tieto údaje zo zákonného poverenia. Okrem toho poistený splnomocňuje tie organizácie sociálneho poistenia, riadiace organizácie a iné úrady, ktoré vo veciach zmluvy konali, aby pre poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. odovzdali údaje, potrebné k správe zmluvy a k posúdeniu nároku na plnenie služby. Poisťovňa je oprávnená spravovať ním spravované údaje o zdravotnom stave počas trvania poisťného právneho vzťahu, ďalej v dobe dokedy možno uplatňovať nároky vyplývajúce z poisťného právneho vzťahu. Poisťovňa je povinná vymazať všetky tie, so zdravotným stavom priamo súvisiace údaje, ktoré sa vzťahujú na Klienta, bývalého Klienta alebo na neuzavretú zmluvu v prípade, že cieľ nakladania s údajom už pominul, alebo k spravovaniu ktorých nie je k dispozícii súhlas dotknutej osoby, resp. k spravovaniu ktorých neexistuje zákonný právny základ. Poisťovňa je povinná spravovať údaje, o ktorých má vedomosť, ako poisťné tajomstvo a toto tajomstvo zachovať bez časového obmedzenia.
- D. Podpísaný poistený podpisom tohto vyhlásenia vyjadrujem súhlas, aby poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. poskytla poradové číslo poisťného návrhu, ktorý sa viaže k mojej osobe, resp. moje nasledovné osobné údaje: meno a priezvisko, adresa trvalého bydliska, dátum narodenia pre poskytovateľa povereného poisťovňou, resp. pre poskytovateľa, ktorý vykonáva lekárske vyšetrenie. Podpísaný poistený beriem na vedomie, že poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže posielat' údaje o mojom zdravotnom stave aj poštou. Podpísaný poistený svojim podpisom potvrdzujem, že som prevzal jedno vyhotovenie daného vyhlásenia. Vyhlasujem, že vo vzťahu k vyššie popísanému poskytovaniu údajov zbavujem poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. mlčanlivosti o poisťnom tajomstve. Podpísaný sprostredkovateľ vyhlasujem vedomý svojej trestnoprávnej zodpovednosti, že som prevzal jeden exemplár tohto vyhlásenia a vykonal som identifikáciu poisteného na základe dokladu potvrdzujúceho jeho totožnosť.
- E. Podpísaný/á súhlasím, aby poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. po predložení tejto ponuky spravovala, analyzovala a spracúvala všetky údaje, ktoré sú uvedené v tejto ponuke.
- ☐ Nesúhlasím s tým, aby Poisťovňa odovzdala údaje podľa bodu A. pre osoby poverené sprostredkovaním zmlúv v záujme uzavretia zmluvy a spravovania údajov na účely analýzy údajov, marketingu a klientského servisu.

v _____ deň _____ mesiac _____ rok **20** _____

Podpis nového Poisteného

Podpis I. Sprostredkovateľa poistenia

 PANNÓNIA ÉLETBIZTOSÍTÓ	Dodatočný formulár k navrhnutiu Poisteného číslo 2.																					
Kód sprostredkovateľa: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												Číslo návrhu: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										

I. Údaje Poisteného číslo 2.: ☐ Sú totožné s údajmi Zmluvnej strany ☐ Muž ☐ Žena										
Rodné meno a priezvisko pri narodení:								Štátne občianstvo:		
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:										
Miesto narodenia:						Dátum narodenia:	Deň	Mesiac	Rok	
Adresa trvalého bydliska (PSC, miesto):										
Ulica, číslo domu, poschodie, byt č.:										
Druh, číslo identifikačného dokladu:		☐ Občiansky preukaz ☐ Cestovný pas		Platnosť:						
Mail:						Telefón 1:				
Povolanie/Hlavný okruh činnosti:						Telefón 2:				
Pracovisko:						V akom zaradení pracujete? ☐ Zamestnanec ☐ Podnikateľ ☐ Iný				
Športové aktivity:						Aktívny športovec:	☐ áno ☐ nie		Pravidelnosť: ☐ denne ☐ týždenne ☐ príležitostne	
Vzťah k Zmluvnej strane:						Žijete so životným partnerom/životnou partnerkou, s manželom/manželkou:		☐ áno ☐ nie		Počet vyživovaných osôb:

2. Poistený v prípade úmrtia Poisteného číslo 2.: ☐ Zmluvná strana % ☐ Poistený číslo 1. % ☐ Dedič po Poistenom číslo 2.									
Rodné meno a priezvisko pri narodení:								Miesto narodenia:	
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:								Dátum narodenia:	
Sídlo/Adresa trvalého bydliska:						Deň		Mesiac	Rok
						Pohlavie:		☐ Muž ☐ Žena	
Vzťah k Zmluvnej strane:						Vzťah k Poistenému č. 2.:			
Rodné meno a priezvisko pri narodení:								Miesto narodenia:	
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:								Dátum narodenia:	
Sídlo/Adresa trvalého bydliska:						Deň		Mesiac	Rok
						Pohlavie:		☐ Muž ☐ Žena	
Vzťah k Zmluvnej strane:						Vzťah k Poistenému č. 2.:			

Dolu podpísaný Zmluvná strana/Poistený vyhlasujem, že moje údaje, ktoré sú uvedené v tomto návrhu k životnému poisteniu, zodpovedajú skutočnosti. Beriem na vedomie, že podpisom tohoto návrhu strácam platnosť predošlé ústne podané informácie a námietky, dohody, ktoré nie sú zahrnuté v písomnej forme zmluvy. Ako zmluvná strana navrhujem CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. uzavretie zmluvy o životnom poistení a to s obsahom, ktorý zodpovedá podmienkam v návrhu uvedeného poistenia. Dolu podpísaný, ako Poistený tejto zmluvy (ako zákonný zástupca Poisteného) súhlasím s uzavretím zmluvy, ako aj s navrhnutím Oprávneného, ktorý je uvedený v tomto návrhu. Podpísaná Zmluvná strana svojím podpisom potvrdzujem, že som dostal informáciu o tom, že Sprostredkovateľ dostane za svoju sprostredkovateľskú činnosť odmenu, resp. o tom, že zdrojom tejto odmeny je poistné. **Dolu podpísaný vyhlasujem, že mám vedomosť o tom, že som povinný nahlásiť do 5 (piatich) dní Poist'ovni prípadné zmeny vo vyššie uvedených údajoch, vo svojich údajoch, resp. prípadné zmeny, ktoré sa týkajú osoby skutočného majiteľa, a že škoda vzniknutá nedodržaním tejto povinnosti ide na moju t'archu.** Dolu podpísaný vyhlasujem, že súhlasím, aby sprostredkovateľ prijatím tohoto vyhlásenia, odovzdal návrh a jeho prílohy, ďalej pri analýze potrieb Klienta zaznamenané osobné údaje Poist'ovni a aby Poist'ovňa s týmito údajmi zaobchádzala podľa podmienok uvedených v poistnej zmluve.

Miesto: _____, Deň: , Mesiac: , Rok: 20

Podpis Zmluvnej strany (Poistník)

Podpis Poisteného číslo 1

Podpis Poisteného číslo 2

Podpis sprostredkovateľa

**CiG****Adresát:** Administratívne oddelenie poisťovne CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.**Číslo poisťnej zmluvy:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyhlásenie o zbavení mlčanlivosti

- A. Poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. eviduje a spravuje osobné a špecifické údaje svojich Klientov – spojené s poisťnou zmluvou, jej vznikom, evidenciou a so službou – podľa právnych predpisov do trvania ich platnosti a po platnosti až do termínu povinného zachovania.
- B. Podľa bodu (o) 1. odseku paragrafu 138 zákona číslo LXXXVIII. z roku 2014 o poisťnej činnosti (v ďalšom len Bit.) na tých, ktorí vykonávajú zverenú činnosť, sa nevzťahuje poisťná mlčanlivosť – medzi inými – ani vo vzťahu k údajom, ktoré sú potrebné k vykonávaniu tejto zverenej činnosti. Poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. poskytne údaje obsiahnuté v poisťnej zmluve s cieľom spravovania údajov a informovania klientov pre Maďarskú pobočku spoločnosti Tata Consultancy Services Limited (sídlo: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4 -20., budova B; DIČ: 219811282-43; IČO: 01-17-000295), spoločnosť EPDB Tlačové centrum Zrt. (sídlo: 1117 Budapest, Budafoki út 107-109.; DIČ: 24924243-2-43; IČO: 01-10-048079) a Milpress Kft. (sídlo: 1117 Budapest, Budafoki út 187-189; DIČ: 13657152-2-43; IČO: 01-09-866515). Zoznam externých firiem poisťovňa uvádza na svojej webovej stránke. Podľa (4) odseku paragrafu 138 zákona Bit. môže poisťovňa pre tých, ktorí vykonávajú zverenú činnosť, poslať osobné údaje klientov.
- C. Poistený splnomocňuje Poisťovňu, aby získala, evidovala a v určenom okruhu použila údaje, ktoré sa vzťahujú na zdravotný stav Poisteného a bezprostredne súvisia s uzavretím, pozmeňovaním a evidovaním zmluvy, ďalej ktoré súvisia s posudzovaním pohľadávok, vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Poistený ďalej splnomocňuje Poisťovňu aj na to, aby v okruhu iných cieľov poskytla tieto údaje na to oprávneným osobám podľa odsekov (1) a (7) paragrafu 138, podľa paragrafu 140 a podľa odseku (1) paragrafu 141 zákona číslo LXXXVIII. z roku 2014. Poistený zbavuje mlčanlivosti aj osoby (napr. obvodného, domáceho lekára) a organizácie (napr. orgán sociálneho poistenia) evidujúce tieto údaje zo zákonného poverenia. Okrem toho poistený splnomocňuje tie organizácie sociálneho poistenia, riadiace organizácie a iné úrady, ktoré vo veciach zmluvy konali, aby pre poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. odovzdali údaje, potrebné k správe zmluvy a k posúdeniu nároku na plnenie služby. Poisťovňa je oprávnená spravovať ním spravované údaje o zdravotnom stave počas trvania poisťného právneho vzťahu, ďalej v dobe dokedy možno uplatňovať nároky vyplývajúce z poisťného právneho vzťahu. Poisťovňa je povinná vymazať všetky tie, so zdravotným stavom priamo súvisiace údaje, ktoré sa vzťahujú na Klienta, bývalého Klienta alebo na neuzavretú zmluvu v prípade, že cieľ nakladania s údajom už pominul, alebo k spravovaniu ktorých nie je k dispozícii súhlas dotknutej osoby, resp. k spravovaniu ktorých neexistuje zákonný právny základ. Poisťovňa je povinná spravovať údaje, o ktorých má vedomosť, ako poisťné tajomstvo a toto tajomstvo zachovať bez časového obmedzenia.
- D. Podpísaný poistený podpisom tohto vyhlásenia vyjadrujem súhlas, aby poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. poskytla poradové číslo poisťného návrhu, ktorý sa viaže k mojej osobe, resp. moje nasledovné osobné údaje: meno a priezvisko, adresa trvalého bydliska, dátum narodenia pre poskytovateľa povereného poisťovňou, resp. pre poskytovateľa, ktorý vykonáva lekárske vyšetrenie. Podpísaný poistený beriem na vedomie, že poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže posielat' údaje o mojom zdravotnom stave aj poštou. Podpísaný poistený svojim podpisom potvrdzujem, že som prevzal jedno vyhotovenie daného vyhlásenia. Vyhlasujem, že vo vzťahu k vyššie popísanému poskytovaniu údajov zbavujem poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. mlčanlivosti o poisťnom tajomstve. Podpísaný sprostredkovateľ vyhlasujem vedomý svojej trestnoprávnej zodpovednosti, že som prevzal jeden exemplár tohto vyhlásenia a vykonal som identifikáciu poisteného na základe dokladu potvrdzujúceho jeho totožnosť.
- E. Podpísaný/á súhlasím, aby poisťovňa CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. po predložení tejto ponuky spravovala, analyzovala a spracúvala všetky údaje, ktoré sú uvedené v tejto ponuke.
- ☐ Nesúhlasím s tým, aby Poisťovňa odovzdala údaje podľa bodu A. pre osoby poverené sprostredkovaním zmlúv v záujme uzavretia zmluvy a spravovania údajov na účely analýzy údajov, marketingu a klientskeho servisu.

v _____ deň _____ mesiac _____ rok **20** _____

Podpis nového Poisteného

Podpis I. Sprostredkovateľa poistenia