

Adresát: Administratívne oddelenie poisťovne CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Žiadosť o zmenu poisteného

Číslo poisťnej zmluvy: _____

Údaje zmluvnej strany:									
Meno a priezvisko:						Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:			
Miesto a dátum narodenia:						Telefónne číslo:			
V prípade firmy DIČ:						IČO:			

Údaje doterajšieho poisteného: ☐ Poistený č. 1. ☐ Poistený č. 2. ☐ Je totožný so zmluvnou stranou ☐ Muž ☐ Žena									
Rodné meno a priezvisko pri narodení:						Štátna príslušnosť:			
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:									
Miesto narodenia:						Dátum narodenia:	deň	mesiac	rok
Adresa (PSČ, mesto):									
Ulica, číslo:									
Typ identifikačného dokladu:	☐ Občiansky preukaz ☐ Cestovný pas					Platnosť:			
Mailová adresa:						Telefónne číslo:			

Údaje nového poisteného ☐ Je totožný so zmluvnou stranou ☐ Muž ☐ Žena									
Rodné meno a priezvisko pri narodení:						Štátna príslušnosť:			
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:									
Miesto narodenia:						Dátum narodenia:	deň	mesiac	rok
Adresa (PSČ, mesto):						Rodné číslo:			
Ulica, číslo:									
Typ identifikačného dokladu:	☐ Občiansky preukaz ☐ Cestovný pas					Platnosť:			
Mailová adresa:						Telefónne číslo 1:			
Povolanie:						Telefónne číslo 2:			
Pracovisko:						V akom zaradení pracujete? ☐ Zamestnanec ☐ Podnikateľ ☐ Iný			
Športové aktivity:						Aktívny športovec:	☐ áno ☐ nie	Pravidelnosť:	☐ denne ☐ týždenne ☐ príležitostne
Vzťah k Zmluvnej strane:									

Podpísaný/á _____ ako **Zmluvná strana** poistenia číslo

_____ vyhlasujem vedomý svojej trestnoprávnej zodpovednosti, že údaje uvedené v tomto vyhlásení pre poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. zodpovedajú skutočnosti.

Podpísaný/á ako **Sprostredkovateľ** poistenia potvrdzujem vedomý svojej trestnoprávnej zodpovednosti, že som vykonal identifikáciu poisteného: jeho osobné údaje zodpovedajú údajom, ktoré sú uvedené v doklade potvrdzujúcom jeho totožnosť.

Miesto: _____ deň _____ mesiac _____ rok **20** _____

Podpis Zmluvnej strany

Podpis doterajšieho
Poisteného

Podpis nového
Poisteného

Podpis Sprostredkovateľa

Adresát: Administratívne oddelenie poisťovne CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Žiadosť o zmenu poisteného

Číslo poisťnej zmluvy:

Údaje zmluvnej strany:	
Meno a priezvisko:	Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:
Miesto a dátum narodenia:	Telefónne číslo:
V prípade firmy DIČ:	IČO:

Údaje doterajšieho poisteného:		☐ Poistený č. 1.	☐ Poistený č. 2.	☐ Je totožný so zmluvnou stranou	☐ Muž	☐ Žena
Rodné meno a priezvisko pri narodení:						Štátna príslušnosť:
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:						
Miesto narodenia:	Dátum narodenia:	deň	mesiac	rok		
Adresa (PSČ, mesto):						
Ulica, číslo:						
Typ identifikačného dokladu:	☐ Občiansky preukaz	☐ Cestovný pas			Platnosť:	
Mailová adresa:						Telefónne číslo:

Údaje nového poisteného		☐ Je totožný so zmluvnou stranou	☐ Muž	☐ Žena
Rodné meno a priezvisko pri narodení:				Štátna príslušnosť:
Rodné meno a priezvisko matky pri narodení:				
Miesto narodenia:	Dátum narodenia:	deň	mesiac	rok
Adresa (PSČ, mesto):	Rodné číslo:			
Ulica, číslo:				
Typ identifikačného dokladu:	☐ Občiansky preukaz	☐ Cestovný pas		
Mailová adresa:	Telefónne číslo 1:			
Povolanie:	Telefónne číslo 2:			
Pracovisko:	V akom zaradení pracujete?	☐ Zamestnanec	☐ Podnikateľ	☐ Iný
Športové aktivity:	Aktívny športovec:	☐ áno	☐ nie	Pravidelnosť: ☐ denne ☐ týždenne ☐ príležitostne
Vzťah k Zmluvnej strane:				

Podpísaný/á ako **Zmluvná strana** poistenia číslo

vyhlasujem vedomý svojej trestnoprávnej zodpovednosti, že údaje uvedené v tomto vyhlásení pre poisťovňu CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. zodpovedajú skutočnosti.

Podpísaný/á ako **Sprostredkovateľ** poistenia potvrdzujem vedomý svojej trestnoprávnej zodpovednosti, že som vykonal identifikáciu poisteného: jeho osobné údaje zodpovedajú údajom, ktoré sú uvedené v doklade potvrdzujúcom jeho totožnosť.

Miesto: deň mesiac rok **20**

Podpis Zmluvnej strany

Podpis doterajšieho
Poisteného

Podpis nového
Poisteného

Podpis Sprostredkovateľa

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: 21981128 2-43; 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, dokiaľ 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 neuzatvorenú 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 posilať 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 som vykonal 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

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: 21981128 2-43; 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, dokiaľ 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 neuzatvorenú 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 posilať 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 som vykonal 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