

Administratívne oddelenie poisťovne
CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Oznámenie o úmrtí

Číslo poisťnej zmluvy:

I. Údaje oznamovateľa									
Meno a priezvisko:									
Miesto narodenia:					Dátum narodenia:		Deň	Mesiac	Rok
Adresa (PSČ, miesto):					Rodné číslo/DIČ:				
Ulica, číslo domu, poschodie:					Mail:				
Identifikačný preukaz: ☐ Občiansky preukaz ☐ Cestovný pas ☐ Vodičský preukaz					Telefónne číslo:				
Číslo identifikačného preukazu:									
Oznamovateľ alebo zákonný zástupca maloletej osoby v poisťnej zmluve ☐ Zmluvná strana ☐ Poistený ☐ Dedič ☐ Oprávnená osoba ☐ Iné									
☐ Splnomocnenec nejakej predchádzajúcej osoby (prosíme, najprv označte status splnomocniteľa) (Príloha - originál overeného splnomocnenia!)									
Nasledujúcu rubriku vyplňte iba v tom prípade, ak ide o maloletú osobu, osobu pozbavenú spôsobilosti na právne úkony alebo osobu s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony.									
Oprávnená maloletá osoba: Meno a priezvisko:									
Miesto narodenia:					Dátum narodenia:		Deň	Mesiac	Rok
Rodné meno matky:									
Dolupodpísaný, ako právny zástupca oprávnenej osoby dávam svoj súhlas, aby o vyplatení sumy poisťovňa informovala úrad práce, sociálnych vecí a rodiny.									
									Podpis oznamovateľa

2. Úmrtie, údaje zosnulej osoby									
Meno a priezvisko:									
Rodné číslo:									
Príčina úmrtia:		☐ úrazové ☐ neúrazové		Dátum úmrtia:		Deň	Mesiac	Rok	
Miesto úmrtia									
Adresa (PSČ, miesto):									
Ulica, číslo domu, poschodie:									
Iné miesto úmrtia (les, jazero, atď.):									
Podrobný popis úmrtia (kde, ako sa to stalo, svedkovia)									
Bolo vykonané vyšetrovanie? ☐ áno ☐ nie Názov úradu:									

Pisomnosti: právoplatné dedičské osvedčenie alebo právoplatné rozhodnutie súdu, zápisnica z nehody, právoplatné rozhodnutie prokurátora, úmrtný list, prepúšťacia správa, potvrdenie od domáceho lekára.

3. Status oprávnenej osoby									
☐ Nie som oprávnenou osobou tejto poisťnej zmluvy.									
☐ Ako oprávnená osoba tejto poisťnej zmluvy, žiadam na základe vyššie uvedených, aby v poisťnej zmluve dohodnutú mieru sumy nahlásenej poisťnej udalosti vyplátili nasledujúcim spôsobom na nasledujúci bankový účet.									
Telefónne číslo:									
Názov pobočky:									
Meno majiteľa účtu:									
Číslo bankového účtu:									
Kód SWIFT (V prípade bankového účtu vedeného v eurách):									

Svojím podpisom potvrdzujem, že údaje, ktoré sú uvedené v tomto vyhlásení zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím s tým, aby Poisťovňa osobné, zvláštne a údaje vzťahujúce sa na zdravotný stav použila v určenom okruhu, a tie v prípade externej činnosti poskytla inej ekonomickej organizácii, s ktorou je v zmluvnom styku a ktorá dodržiava poisťné tajomstvo a zákon o ochrane osobných údajov. Podpisom nasledujúceho vyhlásenia, klient súhlasí s tým, aby Poisťovňa počas oznámenia, osobné a zvláštne údaje spravovala výlučne len na spracovanie služby. Ďalej súhlasí s tým, aby podľa platného poisťného zákona a zákona o ochrane osobných údajov odovzdala inej ekonomickej organizácii, inej osobe; a aby prebehlo vyhodnotenie automatizovaných údajov spracovaných počítačom.

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

Podpis oznamovateľa

Platné od 30. apríl 2016.

Klientský servis:

korešpondenčná adresa: 1300 Budapest, pf. 177, Maďarsko
e-mailová adresa: klientskyservis@cig.eu

telefón: +421-233-057-830
číslo faxu: +36-1-247-2021