

Declararea pretenției pentru caz de moarte

Număr contract: _____

DATELE DE CONTACT ALE PETIȚIONARULUI

Numele petiționarului:			
Adresa de corespondență			
Telefon:		Adresa Email*	

CAZ DE MOARTE, DATELE DECEDATULUI (ASIGURAT)

Numele:			
Numele la naștere:			
Numele mamei la naștere:			
Locul și data nașterii:			
Ocupația:			
Cauza morții:	<input type="checkbox"/> nu accident <input type="checkbox"/> accident de muncă <input type="checkbox"/> accident de circulație <input type="checkbox"/> alt accident		
Locul decesului:			
Altă specificare a locului: (în locuință, în spital, etc.):			
Dacă autoritățile au efectuat sau nu investigații:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu	Denumirea autorității:	

Se vor depune următoarele acte: copia certificatului de deces, a certificatului constatator al morții, a certificatului de autopsie, copia epicrizei de deces, biletului de ieșire din spital, certificatului de la medicul de familie, copia încheierii succesoriale definitive sau a certificatului de moștenitor, copia procesului verbal privind accidentul / accidentul de muncă, și a hotărârii autorității care a investigat accidentul, de ex. a poliției privind încheierea investigațiilor, certificat de la angajator privind raportul de muncă

SE COMPLETEAZĂ ÎN CAZUL TITULARILOR MINORI, LIPSIȚI DE CAPACITATE DE EXERCIȚIU, SAU AVÂND CAPACITATEA DE EXERCIȚIU RESTRÂNSĂ

Numele beneficiarului:			
Numele la naștere:			
Numele mamei la naștere:			
Locul și data nașterii:			
Domiciliul stabil:			

Vă rugăm, anexați declarația intitulată „Declarația privind dreptul de reprezentare legală / curatela”*, completată sau certificatul Oficiului Tutelar privind persoana reprezentantului legal

BENEFICIAR

Marcați textul corespunzător!

Asigurat (în cazul prestației în timpul vieții!) Moștenitori legali Indicați nominal

BENEFICIAR

Numele:			
Numele la naștere:		Numele mamei la naștere:	
Locul și data nașterii:			
Codul de identificare fiscală:		Adresa e-mail: *	
Domiciliul stabil:			
Numărul actului de identitate (C.I./pașaport/permis de conducere.)		Numărul certificatului de domiciliu:	

*Sunt de acord ca Asiguratorul să-mi transmită informarea privind soluționarea pretenției la prestații la adresa e-mail dată pe declararea pretenției

Data: _____ 20____ anul _____ luna _____ ziua _____

Semnătur petiționarului

Semnătura beneficiarului

Vă rugăm ca în fiecare caz să anexați copiile actelor de identitate valabile ale beneficiarului (de exemplu copia cărții de identitate, a permisului de conducere sau a pașaportului). Vă atragem atenția că, în baza punctului „Actele necesare pentru îndeplinirea prestației asiguratorului” din Condițiile Generale al Asigurării de Viață, poate deveni necesară transmiterea unor documente suplimentare. Vă atragem atenția că, în cazul dacă suma prestației urmând a fi plătită depășește 4.500.000 forinți sau suma echivalentă în valută, este necesară identificarea persoanei îndreptățite la plată în baza dispozițiilor legale privind prevenirea spălării banilor și finanțării terorismului. În cazul în care documentul urmând a fi introdus este în limbă străină, vă rugăm să depuneți și traducerea documentului în limba maghiară. Vă informăm că, cheltuielile legate de procurarea documentelor prevăzute în lista actelor care pot fi solicitate, trebuie suportate de beneficiar.

Declarații privind identitatea beneficiarului

Vă rugăm, anexați formularului actele Dvs. personale (copia ambelor pagini ale cărții de identitate și a paginii conținând adresa domiciliului din certificatul de domiciliu). În cazul dacă contractantul este persoană juridică sau organizație fără personalitate juridică, completarea și anexarea Fișei de identificare este obligatorie, vă rugăm să completați Fișa de identificare pentru contractantul efectiv / persoana plătitoare a primei / și persoana titularului efectiv, și să o anexați la pachetul de ofertă. Anexați acestea împreună cu extrasul din registrul comerțului, specimenul de semnătură / modelul de semnătură, precum și cu fotocopia actelor personale.

În cazul contractantului persoană fizică, vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări:

Subsemnatul beneficiar declară că:		
1.) în calitate de persoană fizică, procedez în nume propriu (adică în numele meu)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
2.) în calitate de împuternicit, îndreptățit la dispoziție, reprezentant procedez în numele unei alte persoane fizice sau a unei persoane juridice sau organizației fără personalitate juridică de orice fel	<input type="checkbox"/> nu	<input type="checkbox"/> da
3.) sunt persoană expusă politic, sau înăuntrul perioadei de un an dinaintea efectuării măsurilor de precauție privind clientela am îndeplinit atribuții publice importante, sau sunt rudă apropiată a unei asemenea persoane, sau mă aflu în relații apropiate cu o asemenea persoană, sau titularul efectiv al contractului aparține de una din aceste trei categorii	<input type="checkbox"/> nu	<input type="checkbox"/> da
Înscrieți codul categoriei, dacă da:		
3a	președintele statului, primul ministru, ministru, ministru adjunct, secretar de stat, în Ungaria președintele statului, primul ministru, ministru și secretar de stat	
3b	deputat parlamentar sau membrul unui organ legislative similar, în Ungaria deputații parlamentari și purtătorii de cuvânt ai naționalităților	
3c	membrul organului de conducere al unui partid politic, în Ungaria membrul și funcționarul unui partid politic	
3d	membrul Curții Supreme de Justiție, al Curții Constituționale, și al unui asemenea corp judecătoresc de rang înalt, împotriva deciziilor căreia nu se pot exercita căi de atac, în Ungaria membrul Curții Constituționale, al Curții de Apel și al Curții Supreme de Justiție	
3e	membrul consiliului de administrație al curții de conturi și al băncii centrale, în Ungaria a președintele și vicepreședintele Curții Publice de Conturi, membrul Consiliului Monetar și al Consiliului pentru Stabilitatea Financiară	
3f	ambasadorul, administratorul și funcționarul de rang înalt al forțelor armate, în Ungaria conducătorul organului central al unui organ cu atribuții de ordine publică și loctiitorul acestuia, precum și șeful Statului Major al Forțelor Armate și loctiitorii șefului Statului Major al Forțelor Armate	
3g	membrul organelor de administrație, conducere sau supraveghere ale întreprinderilor cu proprietate majoritară de stat, în Ungaria administratorul sau membrul organului de conducere cu atribuții de direcție sau supraveghere la întreprinderi cu proprietate majoritară de stat,	
3h	conducătorul unei organizații internaționale, loctiitorul acestuia, sau membrul organului de conducere	
4.) plătitorul primei la contract este identic cu persoana mea	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
5.) am domiciliu în străinătate	<input type="checkbox"/> nu	<input type="checkbox"/> da
6.) am cetățenie străină	<input type="checkbox"/> nu	<input type="checkbox"/> da

<input type="checkbox"/> Vă rog să-mi achitați suma asigurată, conform celor de mai sus, în următorul cont bancar:		
Denumirea băncii care administrează contul:		
Numele titularului contului:		
Numărul contului bancar în forint:		
Numărul contului bancar în euro:		
Codul SWIFT		
<input type="checkbox"/> Vă rog să transferați suma asigurată, conform celor de mai sus, pe următorul contract de asigurare de viață CIG Pannónia:		
Numele contractantului:		
Numărul contractului:		
Contul contractului**:		

** Sistematic (numărul contractului începe cu numărul 1) / Ocazional (numărul contractului începe cu numărul 5) / Ocazional cu utilizare liberă (numărul contractului începe cu numărul 3)

Declarația beneficiarului (dacă este totodată și asiguratul sau moștenitorul asiguratului) Subsemnatul declară că datele comunicate de mine pe prezentul formular pentru declararea pretenției la prestație corespund realității. Iau la cunoștință că pentru îndeplinirea prestației, asiguratorul poate cere și alte acte sau date în afara celor menționate în prezenta declarație a pretenției. Consimt ca asiguratorul să opereze datele legate de starea sănătății asiguratului și să transmită asemenea date către prelucrătorul datelor. Iau la cunoștință că persoana prelucrătorilor de date, datele de identificare ale acestora, sfera datelor transmise acestora și operațiile efectuate de acestea sunt accesibile pe pagina web a asiguratorului. Prin prezenta declarație exonerez de sub obligația de păstrare a secretului medical acele persoane, care operează datele de sănătate ale asiguratului pe baza unei împuterniciri legale sau contractuale, astfel în special medicul curant (inclusiv medicul de familie și medicul de specialitate), expertul, prestatorul de servicii medicale, instituția sanitară, organele sanitare de stat, serviciul de ambulanță. Totodată consimt ca toate aceste persoane să predea asiguratorului și prelucrătorilor de date ale acestuia datele personale ale asiguratului și datele sale de sănătate aparținând de categoria specială a datelor personale, ajunse la cunoștința lor în legătură cu starea de sănătate a asiguratului sau în cursul prestării unor servicii medicale, în vederea prelucrării în continuare a acestor date. Declar că în cazul dacă asiguratul este minor, prezentul comsimțământ și exonerarea de la păstrarea secretului dată de mine în calitate de reprezentant legal al asiguratului, se referă și la acesta. Iau la cunoștință că, în cazul neacordării comsimțământului la operarea datelor, asiguratorul nu poate îndeplini prestația. Declarația beneficiarului (dacă nu este asiguratul sau moștenitor al asiguratului): Iau la cunoștință că pentru îndeplinirea prestației asiguratorului este necesară declarația asiguratului sau (în cazul decesului asiguratului) a moștenitorului său, dată conform punctului anterior, și în calitate de beneficiar mă angajez să obțin fără întârziere această declarație și să o transmit asiguratorului. În lipsa comsimțământului la operarea datelor nu se naște obligația Asiguratorului de a îndeplini prestația.

Data: 20 | anul | luna | ziua

Semnătura petiționarului

Semnătura beneficiarului

Vă rugăm ca în fiecare caz să anexați copiile actelor de identitate valabile ale beneficiarului (de exemplu copia cărții de identitate, a permisului de conducere sau a pașaportului). Vă atragem atenția că, în baza punctului „Actele necesare pentru îndeplinirea prestației asiguratorului” din Condițiile Generale al Asigurării de Viață, poate deveni necesară transmiterea unor documente suplimentare. Vă atragem atenția că, în cazul dacă suma prestației urmând a fi plătită depășește 4.500.000 forinți sau suma echivalentă în valută, este necesară identificarea persoanei îndreptățite la plată în baza dispozițiilor legale privind prevenirea spălării banilor și finanțării terorismului. În cazul în care documentul urmând a fi introdus este în limbă străină, vă rugăm să depuneți și traducerea documentului în limba maghiară. Vă informăm că, cheltuielile legate de procurarea documentelor prevăzute în lista actelor care pot fi solicitate, trebuie suportate de beneficiar.

Valabil de la 3 decembrie 2020

Serviciul Relații cu Clienții

Corespondența: 1476 Budapest, Pf. 325. Ungaria
e-mail: relatiiclienti@cg.eu