

S.C. de Asigurări de Viață CIG Pannónia S.A. de tip deschis
Serviciul Administrație

Declararea pretenției legate de producerea evenimentului asigurat

Nr. contract: _____

DATELE ASIGURATULUI

Numele asiguratului:												
Numele la naștere al asiguratului:												
Numele mamei la naștere:												
Locul și data nașterii:												
Domiciliul stabil:												
Ocupația::												

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

Numele beneficiarului:												
Numele la naștere:												
Numele mamei la naștere:												
Locul și data nașterii:												
<i>Vă rugăm, anexați declarația intitulată „Declarația privind dreptul de reprezentare legală / curatela”*, completată sau certificatul Oficiului Tutelar privind persoana reprezentantului legal</i>												

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 declarația pretenției

Data: _____ 2 | 0 _____ anul _____ luna _____ ziua _____

Semnătura beneficiarului

Semnătura reprezentantului legal al beneficiarului / Curatorului*

** Dacă persoana îndreptățită la prestație este minoră, lipsită de capacitate de exercițiu sau având capacitatea de exercițiu restrânsă.

Valabil de la 3 decembrie 2020

Vă atragem atenția că prezenta declarație de pretenție la prestație este un formular compus din 4 pagini și nu poate fi evaluat decât dacă toate paginile se află la dispoziție!

Serviciul Relații cu Clienții

Coropondența: CP. Nr. 1 Op. 1 Balaușeri 547100
e-mail: relatiiclienti@cig.eu

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 locțiitorul acestuia, precum și șeful Statului Major al Forțelor Armate și locțiitorii 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, locțiitorul 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

 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	

 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)

Data: _____ 2 | 0 | _____ Anul | _____ luna | _____ ziua

_____ Semnătura beneficiarului

_____ Semnătura reprezentantului legal al beneficiarului / Curatorului*

**EVENIMENTUL ASIGURAT**

<input type="checkbox"/> 1. Data expirării / Maturitate	<input type="checkbox"/> 2. Dreptul la pensie (proprie) Vă rugăm, indicați prestația aleasă:** <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Unic parțială	<input type="checkbox"/> 3. Vătămarea sănătății (vătămarea ireversibilă a unor funcții)** În cazul asigurării de pensii, indicați prestația aleasă: ** <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Unic parțială
<input type="checkbox"/> 4. Boală periculoasă / Critică	<input type="checkbox"/> 5. Operație***	<input type="checkbox"/> 6. Asistență spitalicească la pat***
<input type="checkbox"/> 7. Arsuri***	<input type="checkbox"/> 8. Incapacitate de muncă***	<input type="checkbox"/> 9. Altele: _____

** Dacă condițiile contractuale asigură această posibilitate!

*** Vă rugăm, indicați cauza evenimentului asigurat: nu accident accident de muncă alt accident

Dacă în cazul evenimentelor asigurate nr. 2 sau 3 ați marcat prestația unică parțială, vă rugăm să indicați următoarele:

<input type="checkbox"/> din unități de acumulare constituite din pensia sistematică:	<input type="checkbox"/> proporțional din bazele de active existente		Ft/€****	din anumite baze de active, după cum urmează:					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****
<input type="checkbox"/> din unități speciale cu destinație de pensie:	<input type="checkbox"/> proporțional din bazele de active existente		Ft/€****	din anumite baze de active, după cum urmează:					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****
<input type="checkbox"/> din unități constituite din sume transferate în cadrul dispoziției asupra impozitului	<input type="checkbox"/> proporțional din bazele de active existente		Ft/€****	din anumite baze de active, după cum urmează:					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****
				baza de active					Ft/€****

**** Corespunzător monedei contractului

În caz de accident, vă rugăm completați următoarele:

Data accidentului:		Dacă s-au luat măsuri polițienești?:	
Descrierea detaliată a evenimentului (cum s-a produs, ce fel de leziuni ați suferit, care parte a corpului a fost afectat):			
Partea corpului actualmente lezată a fost sau nu lezată anterior (ca urmare a unei boli sau a unui accident)? <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da (Vă rugăm, anexați documentele medicale aferente!)			

În caz de boală, vă rugăm indicați următoarele:

Denumirea bolii:		Codul BNO:	
Boala când a fost diagnosticată?			
Ați avut și anterior asemenea boli?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu		
În caz afirmativ când? Descrierea detaliată a evenimentului (ce fel de acuze ați avut, când ați sesizat simptomele, când ați apelat pentru prima oară la un medic, la cine):			

Declarația beneficiarului (dacă este totodată și asiguratul sau moștenitorul asiguratului) Subsemnatul declar 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 de pretenție. 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 moștenitorul 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: _____ | 2 | 0 | _____ anul _____ luna _____ ziua _____

Semnătura beneficiarului

Semnătura reprezentantului legal al beneficiarului / Curatorului*

Informare privind cele mai caracteristice acte urmând a fi introduse în cazul producerii unor evenimente asigurate

Evenimentul asigurat	Cele mai caracteristice acte care trebuie introduse în legătură cu evenimentul asigurat
În cazul fiecărui eveniment asigurat introduceți copia actelor personale valabile ale beneficiarului (de exemplu cartea de identitate sau permisul de conducere, sau pașaportul și certificatul de domiciliu)	
1. Expirare /Maturitate	actul atestând că asiguratul este în viață, respectiv copia actelor personale valabile ale asiguratului (asiguraților) (de exemplu cartea de identitate sau permisul de conducere, sau pașaportul și certificatul de domiciliu)
2. Dobândirea dreptului la pensie (proprie)	Copia deciziei organului de plată a pensiilor privind dobândirea dreptului la pensie
3. Vătămarea sănătății (vătămarea ireversibilă a unor funcții)	documentele eliberate de organul îndreptățit la stabilirea reducerii capacității de muncă (NRHSZ – Oficiul Național pentru Reabilitare și Probleme Sociale) și documentele depuse la acest organ, copia hotărârilor, copia documentelor referitoare la prima asistență medicală, biletul de ieșire din spital, toate documentele medicale de la data primei asistențe medicale acordate și până la declararea pretenției la prestație, declarațiile medicale, rezultatul analizei histologice, fișa de tratament ambulatoriu
4. Boală temută / Critică:	documentele prevăzute la condițiile speciale ale produsului corespunzător referitoare la boala respectivă
5. Operație	copia tuturor documentele medicale legate de starea care a justificat operația și copia biletului de ieșire din spital conținând codul WHO al operației
6. Asistență spitalicească la pat	copia documentelor legate de prima asistență medicală, biletul de ieșire din spital, toate documentele medicale de la data primei asistențe medicale acordate și până la declararea pretenției la prestație, copia legalizată a certificatului referitor la incapacitatea de muncă, adeverință de la angajator privind raportul de muncă, proces verbal privind accidentul de muncă
7. Arsuri	copia documentelor legate de asistența medicală, biletul de ieșire din spital, toate documentele medicale de la data primei asistențe medicale acordate și până la declararea pretenției la prestație, adeverință de la angajator privind raportul de muncă, proces verbal privind accidentul de muncă
8. Incapacitate de muncă	copia documentelor legate de asistența medicală, biletul de ieșire din spital, toate documentele medicale de la data primei asistențe medicale acordate și până la declararea pretenției la prestație, copia formularului autentic eliberat de medicul sau spitalul îndreptățit la stabilirea și certificarea incapacității de muncă
9. Altele	documentele prevăzute la condițiile speciale ale produsului corespunzător pentru evenimentul respectiv

În afara celor de mai sus, 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.

Data: _____ | 2 | 0 | _____ | Anul | _____ | luna | _____ | ziua | _____

Semnătura beneficiarului

Semnătura reprezentantului legal al beneficiarului / Curatorului*