PANNÓNIA
ÉLETBIZTOSÍTÓ

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Adminisztrációs osztály

Biztosított váltási kérelem*

Szerződésszám:	

Szerződő adatai:	
Szerződő neve:	
Születési hely, idő:	
Cégjegyzékszám:	

Régi Biztosított adatai: ☐ 1. Biztosított ☐ 2. Biztosított ☐ Megegyezik a Szerződővel				
Név:				
Születési hely:		Születési idő:	Év	Hó	Nap

Új Biztosított adatai: ☐ Megegyezik a Szerződővel ☐ Férfi ☐ Nő					
Név:					
Születéskori név:		Állampolgárság:			
Anyja születéskori neve:					
Születési hely:		Születési idő:	Év	Hó	Nap
Állandó lakcím (irányítószám, helység):		Adóazonosító jel:			
Utca, házszám, emelet, ajtó:		E-mail:			
Azonosító okmány jele, száma:	☐ Személyi igazolvány ☐ Útlevél	Lakcímkártya:			
	Érvényességi ideje:	Telefonszám 1:			
Foglalkozás:		Telefonszám 2:			
Munkahely:		Milyen státuszban dolgozik?	☐ Alkalmazott	☐ Vállalkozó	☐ Egyéb
Sporttevékenység:		Versenyző:	☐ igen	☐ nem	Rendszeresség: ☐ napi ☐ heti ☐ alkalomszerű
Kapcsolat a Szerződővel:		Élettárssal/Házastárssal él:	☐ igen	☐ nem	Eltartottak száma:

Alulírott _____ a _____ kötvényszámú biztosítás **SZERZŐDŐJE** büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. felé jelen nyilatkozatban bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek.

Alulírott **BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ** büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a biztosított azonosítását elvégeztem: személyi adatai az érvényes, személy azonosságát igazoló okiratban foglaltaknak megfelelnek.

Kelt: _____ 2 0 _ _ év _ _ hó _ _ nap

Szerződő aláírása	Régi Biztosított aláírása	Új Biztosított aláírása	Biztosításközvetítő I. aláírása

*** A biztosított váltással a korábbi kedvezményezett jelölések hatályukat vesztik. Új, név szerinti kedvezményezett személyeket kijelölni a Kedvezményezettek módosításának kérelme c. nyomtatvány kitöltésével lehet.**

Érvényes: 2017. 09. 30-tól

Címzett: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Adminisztrációs osztály

Szerződésszám:	

Nyilatkozat a titoktartás alóli felmentésről

A. A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. ügyfelei személyes és különleges adatait a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatással kapcsolatosan a szerződés érvényességének, illetve az érvényesség lejártával a törvényi előírásoknak megfelelően, a kötelező megőrzés idejéig tartja nyilván és kezeli.

B. A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban Bit.) 138. § (1) bekezdésének (o) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzőkkel szemben. A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. a biztosítási szerződésben foglalt adatok feldolgozása érdekében személyes adatokat ad át a Tata Consultancy Services Limited Magyarországi Fióktelepének (székhely: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4-20. B épület; adószám: 21981128-2-43; cégjegyzék szám: 01-17-000295), az EPDB Nyomtatási Központ Zrt.-nek (székhely: 1117 Budapest Budafoki út 107-109.; adószám: 24924243-2-43; cégjegyzék szám: 01-10-048079) és a Milpress Kft-nek (székhely: 1117 Budapest, Budafoki út 187-189.; adószám: 13657152-2-43; cégjegyzék szám: 01-09-866515). A kiszervezett tevékenységet végző cégek listáját a biztosító a webhelyén teszi közzé. A Bit 138. § (4) bekezdése alapján a kiszervezett tevékenységet végzők részére a biztosító az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

C. A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138. § (1) és (7) bekezdésében, 140. §-ban, valamint a 141. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. Ezen felül a biztosított felhatalmazza azokat a társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat, amelyek a szerződéssel kapcsolatos ügyekben eljártak, hogy a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. felé továbbítsák. A biztosító az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

D. Alulírott biztosított jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. az általa megbízott, illetve az orvosi vizsgálatot elvégző egészségügyi szolgáltatónak a kockázatelbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálat megszervezése és elvégzése érdekében a hozzám kapcsolódó biztosítási ajánlat sorszámát, illetve a következő személyes adataimat: név, lakcím, születési idő, TAJ szám átadja. Alulírott biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosító és az egészségügyi szolgáltató postai úton is továbbíthatja egészségügyi adataimat. Alulírott biztosított aláírásommal elismerem, hogy a jelen nyilatkozat egy példányát átvettem. Kijelentem, hogy fent leírt adatátadás tekintetében a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt-t felmentem a biztosítási titoktartási kötelezettsége alól.
Alulírott biztosításközvetítő büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat egy példányát átvettem, valamint, hogy a biztosított azonosítását – a személyazonosságát igazoló okirat alapján – elvégeztem.

E. Alulírott, hozzájárulok ahhoz, hogy a jelen ajánlattételt követően a jelen ajánlatban foglalt adataimat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. kezelje, elemezze és feldolgozza.

☐ Nem járulok hozzá, hogy a biztosító az A. pontban meghatározott adatokat átadja a megjelölt célból a szerződések közvetítésével megbízottak részére szerződés megkötése és az adatok általuk történő kezelése érdekében kockázatelemzési és marketing, valamint ügyfélkiszolgálás céljából.

Kelt: _____ 2 0 _ _ év _ _ hó _ _ nap

_____
Új Biztosított aláírása

_____
Biztosításközvetítő I. aláírása

Érvényes: 2017. 09. 30-tól

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Adminisztrációs osztály

Kedvezményezettek módosításának kérelme

Szerződésszám:	

Szerződő adatai:				
Név/Cégnév:				
Születési idő:	Év	Hó	Nap	
Cégjegyzékszám (cég esetén):				

Biztosított(ak) adatai:	
I. számú Biztosított neve:	
II. számú Biztosított neve:	

A(z) ☐ számú Biztosított új kedvezményezettjei:					
☐ Halál esetén %	☐ Elérés esetén %				
Név/Cégnév:		Születési hely:			
Születéskori név:		Születési idő:	Év	Hó	Nap
Anyja születéskori neve:		A kedvezményezett:	☐ Férfi	☐ Nő	
Székhely/Állandó lakcím:					
Állampolgársága:		Adóazonosító jel/ Cégjegyzékszám:			
☐ Halál esetén %	☐ Elérés esetén %				
Név/Cégnév:		Születési hely:			
Születéskori név:		Születési idő:	Év	Hó	Nap
Anyja születéskori neve:		A kedvezményezett:	☐ Férfi	☐ Nő	
Székhely/Állandó lakcím:					
Állampolgársága:		Adóazonosító jel/ Cégjegyzékszám:			

A(z) ☐ számú Biztosított új kedvezményezettjei:					
☐ Halál esetén %	☐ Elérés esetén %				
Név/Cégnév:		Születési hely:			
Születéskori név:		Születési idő:	Év	Hó	Nap
Anyja születéskori neve:		A kedvezményezett:	☐ Férfi	☐ Nő	
Székhely/Állandó lakcím:					
Állampolgársága:		Adóazonosító jel (nem kötelező) / Cégjegyzékszám:			
☐ Halál esetén %	☐ Elérés esetén %				
Név/Cégnév:		Születési hely:			
Születéskori név:		Születési idő:	Év	Hó	Nap
Anyja születéskori neve:		A kedvezményezett:	☐ Férfi	☐ Nő	
Székhely/Állandó lakcím:					
Állampolgársága:		Adóazonosító jel (nem kötelező) / Cégjegyzékszám:			

Alulírott _____, mint a biztosítás szerződője büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. felé jelen nyilatkozatban bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ 2 0 | év | hó | nap

Szerződő aláírása | I. Biztosított aláírása | II. Biztosított aláírása

Érvényes: 2017. 07. 01-től

Ügyfélszolgálat:
levelezés: 1300 Budapest, pf. 177
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu
telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021