



ŽIADANKA IDENTIFIKÁCIA OSOBY – DOŽITIE, ČIASTKOVÁ VÝPLATA POISTNEJ SUMY

Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Miletičova 21, 821 08 Bratislava, IČO: 47 236 060, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 2019/B, organizačná zložka Groupama Biztosító Zrt., so sídlom: Erzsébet királyné útja 1/C, 1146 Budapest, Maďarsko, IČO: 01-10-041071, DIČ: 4020340236, registrovaná Registrovým súdom Súdnej stolice pre hlavné mesto, číslo registrácie: 01-10-041071 (ďalej len „poisťovateľ“)

Číslo poistnej zmluvy: _____

1. Údaje poisteného

a. Priezvisko: _____

b. Meno: _____ c. Titul: _____

d. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

e. Dátum narodenia: _____. _____. _____

f. Miesto narodenia: _____

g. Rodné číslo: _____ / _____

h. Štátna príslušnosť: _____ i. Číslo občianskeho preukazu: _____

j. Telefónne číslo: _____

k. E-mail*: _____

V prípade neplnoletej osoby údaje zákonného zástupcu:

l. Priezvisko: _____

m. Meno: _____ n. Titul: _____

o. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

p. Dátum narodenia: _____. _____. _____

q. Miesto narodenia: _____

r. Rodné číslo: _____ / _____

s. Štátna príslušnosť: _____ t. Číslo občianskeho preukazu: _____

u. Telefónne číslo: _____

v. E-mail*: _____

*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.

2. Poistné plnenie

a. Druh poistenia: _____

b. Podpísaný si uplatňujem nárok na výplatu poistného plnenia z rizika dožitia na základe príslušných ustanovení Všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie, zmluvných dojednaní a Občianskeho zákonníka.

c. Poistné plnenie žiadam:

c/1. priradiť formou bonusu k pôvodnej poistnej zmluve,

c/2. priradiť k úhradám poistného k poistnej zmluve číslo: _____ v sume _____, _____ €

c/3. priradiť k úhradám poistného k poistnej zmluve číslo: _____ v plnej výške poistného plnenia

c/4. poukázať na číslo účtu (IBAN): _____
SWIFT/BIC: _____ Majiteľ účtu: _____

c/5. poukázať na adresu:
Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

Informácie o spracúvaní osobných údajov v súvislosti s likvidáciou poistnej udalosti možno získať na webovej stránke poisťovateľa Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, www.groupama.sk.

V _____ dňa _____. _____. _____

_____ podpis poisteného (zákonného zástupcu)

3. Identifikácia klienta

a. Dovoľujeme si Vám oznámiť, že v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu je poisťovateľ povinný identifikovať klienta, resp. osobu, ktorá je oprávnená prevziať poisťné plnenie zo životného poistenia a overiť jeho identifikáciu. Bez identifikácie klienta nie je možné vyplatiť poisťné plnenie. Identifikáciu klienta, resp. totožnosť poisteného môžu vykonať pracovníci poisťovne, zamestnanci ČSOB banky, a. s., oprávnení finanční sprostredkovatelia resp. poradcovia, notárske úrady alebo poverený zamestnanec ktoréhokolvek mestského, resp. obecného úradu v SR.

Vyplnenú žiadamku po overení totožnosti prosíme zaslať na adresu: Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Miletičova 21, P. O. Box 32, 820 05 Bratislava 25 alebo e-mailom na info@groupama.sk.

b. Totožnosť poisteného (resp. zákonného zástupcu) overená podľa dokladu totožnosti: _____,
číslo identifikačného dokladu: _____ vrátane posúdenia zhody podoby klienta s vyobrazením v doklade totožnosti.

b/1. Priezvisko: _____

b/2. Meno: _____

b/3. Titul: _____

b/4. Rodné číslo: _____ / _____

c. Meno a priezvisko osoby, ktorá identifikovala klienta: _____

d. Prehlásenie o daňovej príslušnosti fyzickej osoby (vypĺňa sa len v prípade fyzickej osoby).

V prípade fyzickej osoby – podnikateľa, alebo právnickej osoby je nevyhnutné vyplniť aj dotazník č. 16111/PO (Vykonanie starostlivosti vo vzťahu ku klientovi – právnická osoba a fyzická osoba – podnikateľ).

V zmysle zákona o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „FATCA/CRS zákon“), je poisťovateľ povinný vykonávať opatrenia na zisťovanie daňovej príslušnosti. Bližšie informácie o povinnostiach v zmysle FATCA/CRS zákona obsahujú poisťné podmienky, nájdete ich aj na stránke www.groupama.sk.

Podpísaný, po oboznámení sa s opatreniami na zistenie daňovej príslušnosti podľa FATCA/CRS zákona, čestne vyhlasujem:

d/1. Som osoba so zahraničnou daňovou príslušnosťou: áno nie

d/2. Štát daňovej príslušnosti: _____

d/3. Zahraničné daňové identifikačné číslo: _____

Informácie o spracúvaní osobných údajov v súvislosti s likvidáciou poisťnej udalosti možno získať na webovej stránke poisťovateľa Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, www.groupama.sk.

V _____ dňa _____. _____.

podpis a pečiatka osoby,
ktorá identifikovala klienta