



ŽIADANKA IDENTIFIKÁCIA OSOBY PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO

Poistovateľ: Groupama Biztosító Zrt. Sídlo: Erzsébet királyné útja 1/C 1146 Budapest, registrovaná Regisztróvým súdom Súdnej stolice pre hlavné mesto (Maďarsko), číslo registrácie: 01-10-041071 Povolujúce rozhodnutie: H-EN-II-130/2016 (ďalej len „poistovateľ“)

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: _____

2. Údaje oprávnenej osoby

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

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.

3. Poistné plnenie

- a. Druh poistenia: _____
- b. Obsah žiadosti: _____
- c. Poistné plnenie žiadam:
- c/1. poukázať na číslo účtu (IBAN): _____
SWIFT/BIC: _____ Majiteľ účtu: _____
- c/2. poukázať na adresu:
Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- d. Podpísaný vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý následkov vyplývajúcich z nepravdivých odpovedí. Súhlasí so zisťovaním a preskúvaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného, a ak ide o blízku osobu poisteného, oprávňuje každého dotknutého lekára, zdravotnícke zariadenie alebo Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovni všetku potrebnú dokumentáciu na účely likvidácie poistnej udalosti.
Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné ukončiť vyšetrenie poistnej udalosti.

V _____ dňa _____. _____.

podpis oprávnenej osoby
(zákonného zástupcu)

4. Identifikácia oprávnenej osoby

- a. Totožnosť oprávnenej osoby (resp. zákonného zástupcu) overená podľa dokladu totožnosti: _____,
číslo identifikačného dokladu: _____ vrátane posúdenia zhody podoby klienta s vyobrazením v doklade totožnosti.
- a/1. Priezvisko: _____
- a/2. Meno: _____
- a/3. Titul: _____
- a/4. Rodné číslo: _____ / _____
- b. Meno a priezvisko osoby, ktorá identifikovala oprávnenú osobu: _____
- c. **Prehlásenie o daňovej príslušnosti fyzickej osoby (vypĺňa sa len v prípade fyzickej osoby).**
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.
Podpísaný, po oboznámení sa s opatreniami na zistenie daňovej príslušnosti podľa FATCA/CRS zákona, čestne vyhlasujem:
- c/1. Som osoba so zahraničnou daňovou príslušnosťou: áno nie
- c/2. Štát daňovej príslušnosti: _____
- c/3. Zahraničné daňové identifikačné číslo: _____

V _____ dňa _____. _____.

podpis a pečiatka osoby,
ktorá identifikovala oprávnenú osobu