



ŽIADANKA IDENTIFIKÁCIA OSOBY PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO

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 poisťovej 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 nepľnoletej 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. 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 oprávnenej osoby
(zákonného zástupcu)

4. Identifikácia oprávnenej osoby

- 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 poistné plnenie zo životného poistenia a overiť jeho identifikáciu. Bez identifikácie klienta nie je možné vyplatiť poistné plnenie. Identifikáciu klienta, resp. totožnosť poisteného môžu vykonať pracovníci poisťovne, zamestnanci ČSOB banky, a.s., oprávnení finanční sprostredkovatelia resp. poradcovia, notárske úrady alebo poverení zamestnanec ktoréhokoľvek 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 oprávnenej osoby (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 oprávnenú osobu: _____

- 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 poistné 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 poistnej 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 oprávnenú osobu