

ŽIADANKA IDENTIFIKÁCIA OSOBY PRI PREDČASNOM ZRUŠENÍ POISTENIA

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 poisťnej 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 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: _____

2. Poistné plnenie

a. Druh poistenia: _____

b. Obsah žiadosti: zrušenie poistenia

c. Poistné plnenie žiadam:

c/1. poukázať na účet číslo: _____, kód banky: _____
Majiteľ účtu: _____

c/2. poukázať na adresu:

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

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. overiť totožnosť poisteného môžu vykonať len pracovníci poisťovne, resp. zamestnanci OTP Banky Slovensko, a. s. alebo splnomocnený zástupca.

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

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: _____

V _____ dňa _____. _____. _____

podpis a pečiatka osoby,
ktorá identifikovala klienta