

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:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
b. Meno:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	c. Titul: <input style="width: 95%;" type="text"/>
d. Adresa: ulica	<input style="width: 95%;" type="text"/>	číslo <input style="width: 95%;" type="text"/>
mesto/obec	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PSČ <input style="width: 95%;" type="text"/>
e. Dátum narodenia:	<input style="width: 30%;" type="text"/> . <input style="width: 30%;" type="text"/> . <input style="width: 30%;" type="text"/>	
f. Miesto narodenia:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
g. Rodné číslo:	<input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/>	
h. Štátna príslušnosť:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	i. Číslo občianskeho preukazu: <input style="width: 95%;" type="text"/>
j. Telefónne číslo:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
k. E-mail:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

2. Údaje oprávnenej osoby

a. Priezvisko:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
b. Meno:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	c. Titul: <input style="width: 95%;" type="text"/>
d. Adresa: ulica	<input style="width: 95%;" type="text"/>	číslo <input style="width: 95%;" type="text"/>
mesto/obec	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PSČ <input style="width: 95%;" type="text"/>
e. Dátum narodenia:	<input style="width: 30%;" type="text"/> . <input style="width: 30%;" type="text"/> . <input style="width: 30%;" type="text"/>	
f. Miesto narodenia:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
g. Rodné číslo:	<input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/>	
h. Štátna príslušnosť:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	i. Číslo občianskeho preukazu: <input style="width: 95%;" type="text"/>
j. Telefónne číslo:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
k. E-mail:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

V prípade nepľnoletej osoby údaje zákonného zástupcu:

l. Priezvisko:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
m. Meno:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	n. Titul: <input style="width: 95%;" type="text"/>
o. Adresa: ulica	<input style="width: 95%;" type="text"/>	číslo <input style="width: 95%;" type="text"/>
mesto/obec	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PSČ <input style="width: 95%;" type="text"/>
p. Dátum narodenia:	<input style="width: 30%;" type="text"/> . <input style="width: 30%;" type="text"/> . <input style="width: 30%;" type="text"/>	
q. Miesto narodenia:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
r. Rodné číslo:	<input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/>	
s. Štátna príslušnosť:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	t. Číslo občianskeho preukazu: <input style="width: 95%;" type="text"/>
u. Telefónne číslo:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
v. E-mail:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

3. Poistné plnenie

- a. Druh poistenia: _____
- b. Obsah žiadosti: _____
- 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 _____
- d. V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Občianskeho zákonníka týmto oprávňujem každého lekára i sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovni informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu.

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 len pracovníci poisťovne, resp. zamestnanci OTP Banky Slovensko, a. s., alebo splnomocnený zástupca.

Vyplnenú žiadanku 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 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: _____

V _____ dňa _____. _____.

podpis a pečiatka osoby,
ktorá identifikovala oprávnenú osobu