



## ŽIADANKA IDENTIFIKÁCIA OSOBY PRI PREDČASNOM ZRUŠENÍ POISTENIA

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: \_\_\_\_\_ 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\*: \_\_\_\_\_

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

### 2. Poistné plnenie

a. Druh poistenia: \_\_\_\_\_

b. Obsah žiadosti: zrušenie poistenia

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 \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis poisteného (zákonného zástupcu)

### 3. Identifikácia klienta

a. Totožnosť poisteného (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 klienta: \_\_\_\_\_

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 klienta