

Žádost o výplatu pojistného plnění při dožití konce pojistné doby

Pojistná smlouva

Číslo:

Pojistná událost

Číslo:

Platnost této žádosti je časově omezena na maximálně 3 měsíce. Proto ji nevyplňujte dříve než 2 měsíce před skončením platnosti pojistné smlouvy.

Možnosti výplaty pojistného plnění

Označte jakou část pojistného plnění a kam chcete poukázat.

☐ Celková výše plnění po vzájemném zápočtu závazků a po odečtení daně			
☐ Částka 1:		☐ Částka 2:	
☐ Na nově sjednané pojistné smlouvy – č. ú. 130450683/0300 1. PS č.: 2. PS č.:		☐ Mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu 1. PS č.: 2. PS č.:	
☐ 1. Číslo účtu:		Kód banky:	VS: SS:
☐ 2. Číslo účtu:		Kód banky:	VS: SS:
☐ Na adresu poštovní poukázkou (Je nutné počítat s prodloužením 2 týdnů, než bude poukázka doručena.) Jméno a příjmení Ulice a č.p. PSČ Obec			
☐ Jiná výplata dle smluvních ujednání			

Identifikace příjemce pojistného plnění

Příjemce pojistného plnění definovaný smluvním ujednáním v pojistné smlouvě.

Příjmení a jméno	Rodné číslo	Místo narození	Stát narození	☐ muž ☐ žena	Státní občanství
Adresa bydliště: ulice a číslo popisné, obec					
Stát místa bydliště	Telefon	Průkaz totožnosti OP ☐ ŘP ☐ Pas ☐ platný do: číslo vydal (orgán/stát):			

Prohlášení příjemce pojistného plnění:

☐ Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Pokud byla zaškrtnuta kladná odpověď, uveďte postavení politicky exponované osoby:

V případě, že výše plnění dosahuje 15 000 EUR nebo je vyšší nebo v případě, že příjemce pojistného plnění je/byl politicky exponovanou osobou, uveďte zdroj (původ) prostředků použitých na úhradu mimořádného pojistného (bylo-li hrazeno)

Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.

V dne Podpis příjemce pojistného plnění

Údaje o zástupci pojistitele, který provedl identifikaci příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno	Osobní číslo	Telefon	E-mail
Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zkontroloval platnost a úplnost identifikačních údajů příjemce pojistného plnění, zjistil a zaznamenal jeho aktuální identifikační údaje z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby příjemce pojistného plnění s vyobrazením v tomto průkazu totožnosti.		Datum	Podpis

Čestné prohlášení zákonného zástupce

Vyplňuje se pouze při dožití se konce pojistné doby u sazeb VUP1 v případě, že je pojištěné dítě nezletilé.

Příjmení a jméno pojištěného dítěte	Rodné číslo
Čestně prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem výše uvedeného pojištěného dítěte a souhlasím s uvedeným směrem výplaty.	Jméno a příjmení zákonného zástupce pojištěného Podpis

CSOBPO6U0000000

