

Poistné hlásenie C

Vyhlásenie osoby uplatňujúcej si nárok

Pozor - neprehiadnite!!! Odpovedzte, prosím, na všetky otázky v tomto vyhlásení. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte. V prípade nedostatku miesta napíšte, prosím, odpoveď na čistý list a priložte ho k tomuto formuláru. Vyplnený formulár spolu so všetkými lekárskymi správami a ostatnými dokumentami týkajúcimi sa poistného hlásenia doručte čo najskôr poisťovateľovi (prostredníctvom finančného agenta) na adresu našej spoločnosti. Úplné a včasné dokladovanie urýchli vybavenie Vašej žiadosti.

Časť A Vyplňte v každom prípade

- Meno a priezvisko poisteného (aj rodné):
- Dátum narodenia poisteného: Rodné číslo:
- Čísla všetkých poistných zmlúv uzavretých s našou spoločnosťou (uveďte čísla poistiek):
- Adresa poisteného:
a) trvalého bydliska:
PSČ: Obec: Ulica, č.: Tel.:
b) prechodného bydliska, resp. korešpondenčná adresa:
PSČ: Obec: Ulica, č.: Tel.:
- Posledné zamestnanie:
a) názov a adresa zamestnávateľa:
b) popis pracovnej náplne:
- Uveďte meno a presnú adresu (podľa možností aj telefón) posledného ošetrojúceho lekára poisteného, ktorý **má v držbe zdravotnú dokumentáciu poisteného**:
- Má poistený uzavretú poistnú zmluvu s inou poisťovňou? áno nie
Uveďte názov poisťovne, typ poistenia a poistnú sumu:
- Bola udalosť, ktorá je predmetom poistného hlásenia, vyšetovaná políciou? áno nie
Kontaktná adresa policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa:
- Je/bol poistený práceneschopný v súvislosti s poistným hlásením? áno nie od do
- Je/bol poistený v súvislosti s poistným hlásením neschopný vykonávať akékoľvek zamestnanie?
áno nie úplne čiastočne od do
Dôvod takejto neschopnosti:
- Uveďte dátumy lekárskeho vyšetrení týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného súvisiaceho s poistným hlásením a mená a adresy ošetrovujúcich lekárov poisteného:
dátum: vyšetrenie:
meno a adresa lekára:
dátum: vyšetrenie:
meno a adresa lekára:
dátum: vyšetrenie:
meno a adresa lekára:
dátum: vyšetrenie:

12. Bol poistený hospitalizovaný v súvislosti s poistným hlásením? áno nie

od: do: dôvod hospitalizácie:

adresa zdravot. zariadenia:

od: do: dôvod hospitalizácie:

adresa zdravot. zariadenia:

13. Podstúpil poistený chirurgický zákrok v súvislosti s poistným hlásením? áno nie

dátum: chirurgický zákrok:

meno lekára: adresa zdravot. zariadenia:

dátum: chirurgický zákrok:

meno lekára: adresa zdravot. zariadenia:

14. Navštívil poistený v posledných troch rokoch lekára? áno nie

dátum: dôvod vyšetrenia:

meno lekára: adresa zdravot. zariadenia:

dátum: dôvod vyšetrenia:

meno lekára: adresa zdravot. zariadenia:

15. **Podrobne** popíšte súčasný zdravotný stav poisteného v súvislosti s poistným hlásením:

Časť B Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu úrazu

1. Poistený je: pravák ľavák Výška: cm Váha kg

2. Aké zranenia utrpel poistený následkom úrazu? Popíšte typ zranení a ich rozsah.

3. Kedy a kde došlo k úrazu a za akých okolností? Uveďte podrobný popis.

Časť C Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu choroby

1. Choroba –stručný popis:

2. Dátum, kedy nastala choroba, prvé príznaky:

3. Dátum, kedy poistený z dôvodov tejto choroby prvýkrát navštívil lekára:

4. Dátum, kedy bola stanovená diagnóza:

5. Mal poistený už predtým zdravotné problémy súvisiace s chorobou, ktorá je predmetom poistného hlásenia? áno nie

Ak áno, odkedy:

Časť D Vyplňte len v prípade úmrtia poisteného

1. Dátum úmrtia: Miesto úmrtia:

2. Príčina a okolnosti úmrtia:

3. Ak zomrel poistený v zdravotníckom zariadení, uveďte prosím:

adresa zdravotníckeho zariadenia:

názov nemocničného oddelenia:

meno ošetrojúceho lekára:

4. Z akej pozície si uplatňujete nárok na poistné plnenie: oprávnená osoba manžel/ka dieťa
 iné (rozpište) _____

5. Kto má v držbe poistnú zmluvu? meno: _____

úplná adresa: _____

vzťah k poistenému: _____

6. Osoby uplatňujúce si nárok na poistné plnenie:

meno: _____

rodné číslo: _____

/

vzťah k poistenému: _____

úplná adresa: _____

telefón: _____

meno: _____

rodné číslo: _____

/

vzťah k poistenému: _____

úplná adresa: _____

telefón: _____

meno: _____

rodné číslo: _____

/

vzťah k poistenému: _____

úplná adresa: _____

telefón: _____

Pozor! Vyplňte aj časť B alebo C – podľa príčiny úmrtia. Priložte notársky overenú kópiu rodného a úmrtného listu, kópiu Listu o prehliadke mŕtveho, originály všetkých poistných zmlúv (vrátane poistných návrhov) uzavretých s našou spoločnosťou.

Predložením tohto Poistného hlásenia poisťovateľovi si uplatňujem nárok na poistné plnenie, resp. oslobodenie od platenia poistného a vyhlasujem, že na všetky otázky v tomto Poistnom hlásení som odpovedal/a úplne pravdivo podľa môjho najlepšieho vedomia a svedomia. Som si vedomý/á toho, že ak uvediem nepravdivé a/alebo neúplné informácie týkajúce sa splnenia podmienok na poskytnutie poistného plnenia, môžem byť vystavený/á trestnému stíhaniu za pokus o trestný čin poisťovacieho podvodu, resp. za trestný čin poisťovacieho podvodu v zmysle príslušných ustanovení Trestného zákona. Som si vedomý/á toho, že uplatnenie nároku týmto Poistným hlásením nezakladá automaticky právo na výplatu plnenia z poistnej zmluvy, resp. na oslobodenie od platenia poistného. Týmto splnomocňujem každého lekára, nemocnicu, poisťovaciu spoločnosť alebo osobu, ktorá disponuje informáciami o mojej osobe, o mojom zdraví a zdravotnom stave, aby poskytli poisťovateľovi informácie vzťahujúce sa k prekonaným chorobám, pobytom v nemocnici, lekárskeym alebo diagnostickým úkonom a liečeniam, ktoré by mohli slúžiť k posúdeniu udalosti, v súvislosti s ktorou si uplatňujem nárok na plnenie z poistnej zmluvy, resp. na oslobodenie od platenia poistného a súhlasím so spracovaním údajov, ktoré poisťovateľ od týchto osôb obdrží. Zároveň týmto splnomocňujem poisťovateľa, ktorý je členom Slovenskej asociácie poisťovní, na vyžiadanie si Lekárskej správy zo Sociálnej poisťovne alebo ktorejkoľvek jej pobočky za účelom prešetrenia nároku na poistné plnenie, resp. oslobodenie od platenia poistného a súhlasím s poskytnutím údajov uvedených v tomto Poistnom hlásení Sociálnej poisťovni alebo ktorejkoľvek jej pobočke pre účely poskytnutia Lekárskej správy. Kópia tohto splnomocnenia má takú istú platnosť ako originál. Beriem na vedomie, že poisťovateľ spracúva osobné údaje („OU“) na základe zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení, ktorý je právnym základom spracúvania OU. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie je povinná poskytnúť poisťovateľovi OU uvedené v tomto dokumente alebo neskôr požadované poisťovateľom. Neposkytnutie takýchto OU poisťovateľovi môže mať za následok nemožnosť výplaty poistného plnenia osobám určeným v tomto tlačive. Informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov („GDPR“) a zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov („ZOOÚ“) sú splnené poisťovateľom uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk, v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie berie na vedomie a súhlasí s tým, že všetky informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z GDPR a ZOOÚ, môžu byť splnené poisťovateľom aj uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk, v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie sa zaväzuje poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OU. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie vyhlasuje, že osobné údaje iných dotknutých osôb poskytla v súlade s GDPR a ZOOÚ a disponuje písomným súhlasom každej takejto dotknutej osoby s poskytnutím alebo sprístupnením jej osobných údajov poisťovateľovi, pričom táto bola resp. bude v lehote vyžadovanej GDPR oboznámená s informáciami o spracúvaní jej OU uvedenými na webovom sídle poisťovateľa. Súhlas vie osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie v prípade potreby poisťovateľovi preukázať.

Poistné plnenie žiadam vyplatiť:

šekovou poukázkou na adresu trvalého bydliska uvedenú v Časti A, bod 4.

na bankový účet, číslo účtu v tvare IBAN: _____

názov a adresa peňažného ústavu: _____

(V prípade výplaty plnenia na bankový účet si poisťovateľ z dôvodu ochrany Vašich finančných prostriedkov, vyhradzuje právo v niektorých prípadoch písomne požiadať príjemcu plnenia o overenie jeho podpisu notárom.)

Meno a priezvisko osoby uplatňujúcej
si nárok na poistné plnenie

Rodné číslo _____

V _____

Dňa: _____

**Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie,
resp. oslobodenie od platenia poistného**
(prípadne jej zákonného zástupcu, ak je oprávnená osoba)

MetLife Europe Insurance d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 091, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.: 2698/B, organizačná zložka MetLife Europe Insurance designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 472350 (ďalej aj „poisťovateľ“). Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.