

Poistné hlásenie C

Vyhlásenie osoby uplatňujúcej si nárok

Pozor - neprehliadnite!!! 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 lekáskymi 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

1. Meno a priezvisko poisteného (aj rodné):			
2. Dátum narodenia poisteného:		Rodné číslo:	
3. Čísla všetkých poistných zmlúv uzavretých s našou spoločnosťou (uveďte čísla poistiek):			
4. Adresa poisteného:			
a) trvalého bydliska:			
PSČ:	Obec:	Ulica, č.:	Tel.:
b) prechodného bydliska, resp. korešpondenčná adresa:			
PSČ:	Obec:	Ulica, č.:	Tel.:
5. Posledné zamestnanie:			
a) názov a adresa zamestnávateľa:			
b) popis pracovnej náplne:			
6. Uveďte meno a presnú adresu (podľa možností aj telefón) posledného ošetrojúceho lekára poisteného, ktorý má v držbe zdravotnú dokumentáciu poisteného :			
7. Je/bol poistený práceneschopný v súvislosti s poistným hlásením? nie ☐ áno ☐ od		do	
8. Bol poistený uznaný za invalidného v súvislosti s poistným hlásením? nie ☐ áno ☐ od			
9. Bol poistený hospitalizovaný v súvislosti s poistným hlásením? nie ☐ áno ☐			
od:	do:	dôvod hospitalizácie:	
od:	do:	dôvod hospitalizácie:	
od:	do:	dôvod hospitalizácie:	
10. Podstúpil poistený chirurgický zákrok v súvislosti s poistným hlásením? nie ☐ áno ☐			
dátum:	chirurgický zákrok:		
dátum:	chirurgický zákrok:		
dátum:	chirurgický zákrok:		

Časť B Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu úrazu

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

2. Dátum úrazu:

3. Kde došlo k úrazu a za akých okolností? Uvedte podrobný popis.

4. Bola udalosť, ktorá je predmetom poistného hlásenia, vyšetrovaná políciou? nie ☐ áno ☐

Kontaktná adresa policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa:

5. Došlo k úrazu pri organizovanej športovej činnosti? nie ☐ áno ☐ Uvedte bližšie informácie:

Časť C Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu choroby

1. Dátum, kedy nastala choroba, prvé príznaky:

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

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

nie ☐ áno ☐ Odkedy:

Časť D Vyplňte len v prípade úmrtia poisteného

Prosím vyplňte aj Časť B alebo C, podľa príčiny úmrtia.

Priložte prosím notársky overenú kópiu Úmrtného listu a kópiu Listu o prehliadke mŕtveho.

1. Dátum úmrtia: Miesto úmrtia:

2. Príčina a okolnosti úmrtia:

3. Z akej pozície si uplatňujete nárok na poistné plnenie: ☐ oprávnená osoba ☐ manžel/ka ☐ dieťa

☐ iné (rozpíšte)

4. 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:

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, pobytu v nemocnici, lekárskeym alebo diagnostickým úkonom a liečeniach, 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 („OÚ“) na základe zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení, ktorý je právnym základom spracúvania OÚ. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie je povinná poskytnúť poisťovateľovi OÚ uvedené v tomto dokumente alebo neskôr požadované poisťovateľom. Neposkytnutie takýchto OÚ 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. 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. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie sa zaväzuje poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ. 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 OÚ uvedenými na webovom sídle poisťovateľa. Súhlas vie osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie v prípade potreby poisťovateľovi preukázať.

Poistné plnenie žiadam vyplatiť:

☐ šekovou poukážkou 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)