

POISTNÉ HLÁSENIE

modré tlačivo - pre poisťovateľa

ružové tlačivo - pre osobu uplatňujúcu si nárok

žlté tlačivo - pre finančného agenta

zelené tlačivo - pre agentúru, resp. brokerskú spoločnosť

Vyhlasenie osoby uplatňujúcej si nárok

Pozor - neprehradiť!!! 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 vyššie uvedenú adresu. Úplné a včasné dokladovanie urýchli vybavenie Vašej žiadosti.

Časť A Vypĺňte v každom prípade

1. Meno a priezvisko poisteného (aj rodné):

2. Dátum narodenia poisteného: Rodné číslo: / Číslo obč. preukazu:

3. Číslo všetkých poistných zmlúv uzavretých s našou spoločnosťou (uveďte čísla poistiek):

4. Adresa poisteného:

a) trvalého pobytu, na ktorú môže byť zaslané prípadné poistné plnenie:

PSČ: Miesto: Ulica, č.: Tel:

b) prechodného pobytu, resp. korešpondenčná adresa:

PSČ: Miesto: Ulica, č.: Tel:

5. Posledné zamestnanie:

a) názov a adresa zamestnávateľa:

b) popis pracovnej náplne:

6. Uveďte meno a presnú adresu (podľa možnosti aj telefón) posledného ošetrojúceho lekára poisteného, ktorý **má v držaní zdravotnú dokumentáciu poisteného**:7. Má poistený uzavretú poistnú zmluvu s inou poisťovňou? áno nie

Uveďte názov poisťovne, typ poistenia a poistnú sumu:

8. Bola udalosť, ktorá je predmetom poistného hlásenia, vyšetovaná políciou? áno nie

Kontaktná adresa policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa:

9. Je/bol poistený práceneschopný v súvislosti s poistným hlásením? áno nie od: do: 10. Je/bol poistený v súvislosti s poistným hlásením neschopný vykonávať akékoľvek zamestnanie? áno nie úplne čiastočne od: do: dôvod takejto neschopnosti:

11. Uveďte dátumy lekárskeho vyšetrenia týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného súvisiaceho s poistným hlásením a mená a adresy ošetrojúcich lekárov poisteného:

dátum: vyšetrenie:

meno a adresa lekára:

dátum: vyšetrenie:

meno a adresa lekára:

dátum: vyšetrenie:

meno a adresa lekára:

12. Bol poistený hospitalizovaný v súvislosti s poistným hlásením? áno nie od: do: dôvod hospitalizácie:

adresa zdrav. zariadenia:

od: do: dôvod hospitalizácie:

adresa zdrav. zariadenia:

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

meno lekára:

adresa zdrav. zariadenia:

dátum: chirurgický zákrok:

meno lekára:

adresa zdrav. zariadenia:

14. Navštívil poistený v posledných troch rokoch lekára? áno nie dátum: dôvod vyšetrenia:

meno lekára:

adresa zdrav. zariadenia:

dátum: dôvod vyšetrenia:

meno lekára:

adresa zdrav. 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? Uvedte 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 zdrav. 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 držaní 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, lekárske alebo diagnostické úkony 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 poisťiteľ od týchto osôb obdrží. Zároveň týmto splnomocňujem spoločnosť MetLife Amslico, ktorá je členom Slovenskej asociácie poisťovní, na vyziadanie 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/e na vedomie, že poisťovateľ spracúva osobné údaje („OÚ“) na základe zákona o poisťovníctve v platnom znení („ZP“). Poisťník a poistený/í týmto súhlasia s tým, aby poisťovateľ poskytoval OÚ po dobu ich spracúvania na základe ZP aj jeho zmluvným finančným agentom na účely uvedené v zákone o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení. Súčasne týmto dávam/e poisťovateľovi súhlas na spracúvanie OÚ aj na marketingové účely, a to na dobu spracúvania OÚ na základe ZP; tento súhlas možno kedykoľvek písomne odvolať. Poisťník a poistený/í súhlasia s tým, že všetky informácie povinnosti vyplývajúce zo zákona o ochrane osobných údajov v platnom znení („ZOOÚ“), vrátane povinností pred získaním osobných údajov, môžu byť splnené aj uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa (www.metlifeamslico.sk). Poisťník a poistený/í sa zavazujú poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ. Poisťník a poistený/í vyhlasujú, že osobné údaje iných dotknutých osôb poskytnú v súlade so ZOOÚ.

Meno a priezvisko osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie..... Rodné číslo

V dňa

PH 3
CL_PH_007/02_1112/1113

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