

POISTNÉ HLÁSENIE – POISTENIE SPLÁTOK „ŽIVOTNÉ POISTENIE CREDIT LIFE „ Vyhlásenie osoby uplatňujúcej si nárok.

Odpovedzte na všetky otázky v tomto Poistnom hlásení. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte.
V prípade nedostatku miesta, napíšte prosím na čistý list papiera a priložte ho k formuláru. Vyplnené Poistné hlásenie spolu so všetkými lekáorskými správami a ostatnými dokumentami týkajúcimi sa Poistného hlásenia doručte čo najskôr poisťovateľovi.

ČASŤ A: Vyplňte v každom prípade

Meno a priezvisko poisteného:	Dátum narodenia:	Rodné číslo: /
-------------------------------	------------------	----------------

Adresa trvalého bydliska:

Mesto, obec:	Ulica, číslo domu:	PSC
--------------	--------------------	-----

Adresa prechodného bydliska, korešpondenčná adresa:

Mesto, obec:	Ulica, číslo domu:	PSC
--------------	--------------------	-----

Posledné zamestnanie poisteného, názov zamestnávateľa:	
Pracovná pozícia, popis pracovnej činnosti poisteného:	

Poistenie splátok, spoločnosť:	
Poistenie faktúr, spoločnosť:	

Meno a presná adresa posledného ošetrujúceho lekára, ktorý má v držaní zdravotnú dokumentáciu:

Bola udalosť, ktorá je predmetom poistného hlásenia vyšetovaná políciou?	<input type="button" value="Áno"/>	<input type="button" value="Nie"/>
--	------------------------------------	------------------------------------

Adresa policajného oddelenia:	Meno vyšetrovateľa, telefón:
-------------------------------	------------------------------

Je / bol poistený práceneschopný v súvislosti s poistným hlásením?	<input type="button" value="Áno"/>	<input type="button" value="Nie"/>
--	------------------------------------	------------------------------------

Od – do:	Dôvod práceneschopnosti:
----------	--------------------------

Je / bol poistený v súvislosti s poistným hlásením neschopný vykonávať zamestnanie?	<input type="button" value="Áno"/>	<input type="button" value="Nie"/>
---	------------------------------------	------------------------------------

<input type="button" value="Úplne"/> <input type="button" value="Čiastočne"/>	Od – do:	Dôvod:
---	----------	--------

Uveďte dátum lekáorských vyšetrení týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného súvisiaceho s poistným hlásením a mená, adresy ošetrujúcich lekárov:

Dátum:	Vyšetrenie:
Meno ošetrujúceho lekára, adresa, telefón:	

Bol poistený hospitalizovaný v súvislosti s poistným hlásením?	<input type="button" value="Áno"/>	<input type="button" value="Nie"/>
--	------------------------------------	------------------------------------

Od – do:	Dôvod hospitalizácie:
----------	-----------------------

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

Navštívil poistený v posledných troch rokoch lekára?	<input type="button" value="Áno"/>	<input type="button" value="Nie"/>
--	------------------------------------	------------------------------------

Dátum:	Dôvod:
--------	--------

Meno lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia:
--

Výška poisteného v cm: <input type="text"/> cm	Váha poisteného v kg: <input type="text"/> kg
--	---

ČASŤ B: Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu úrazu

Aké zranenie utrpel poistený v dôsledku úrazu? Popíšte typ zranení a ich rozsah.
--

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

ČASŤ C: Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu choroby

Choroba, stručný popis:

Dátum kedy nastala choroba, prvé príznaky: <input type="text"/>	Dátum kedy poistený z dôvodu tejto choroby prvýkrát navštívil lekára: <input type="text"/>
---	--

Mal poistený už predtým zdravotné problémy súvisiace s chorobou, ktorá je predmetom poistného hlásenia?	<input type="button" value="Áno, odkedy:"/>	<input type="button" value="Nie"/>
---	---	------------------------------------

ČASŤ D: Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu straty zamestnaniaTrvanie pracovného pomeru: Od Do Pracovný pomer bol uzavretý na dobu (*nehodiace sa preškrtnite*) Určitú NeurčitúUvedte spôsob ukončenia pracovného pomeru (*nehodiace sa preškrtnite*): Dohoda Výpoveď Okamžité skončenieAk bol pracovný pomer skončený výpoveďou, uvedte dôvod: Boli ste zaradený/á do evidencie uchádzačov o zamestnanie? Bola Vám priznaná dávka v nezamestnanosti alebo iná dávka sociálneho charakteru štátnej sociálnej podpory? Áno Nie**ČASŤ E: Vyplňte len v prípade úmrtia poisteného**Dátum a miesto úmrtia poisteného: Príčina a okolnosti úmrtia: **Ak zomrel poistený v zdravotníckom zariadení, uvedte prosím:**Adresa zdravotníckeho zariadenia: Meno ošetrojúceho lekára: **Vyplňte prosím aj časť B alebo časť C podľa príčiny úmrtia. Priložte:** Notársky overenú kópiu rodného listu a úmrtného listu poisteného, kópiu Listu o prehliadke mŕtveho.

Predložením tohto Poistného hlásenia poisťovateľovi si uplatňujem nárok na poistné plnenie a vyhlasujem, že na všetky otázky v tomto Poistnom hlásení som odpovedal/a úplne a 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 v platnom znení. Som si vedomý/á toho, že uplatnenie nároku týmto Poistným hlásením nezakladá automaticky právo na výplatu poistného plnenia z poistnej zmluvy.

Týmto splnomocňujem každého lekára, nemocnicu, poisťovňu 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 poistenia a súhlasím so spracovaním údajov, ktoré poisťovateľ od týchto osôb obdrží. Zároveň týmto splnomocňujem spoločnosť MetLife Amslico poisťovňa, a.s., na vyžiadanie Lekárskej správy zo Sociálnej poisťovne alebo ktorejkoľvek jej pobočky za účelom prešetrenia nároku na poistné plnenie 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.

V zmysle zákona č.428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov ("zákon o ochrane osobných údajov") súhlasím s tým, aby spoločnosť MetLife Amslico poisťovňa, a.s. ("poisťovateľ") ako prevádzkovateľ informačného systému, priamo alebo nepriamo prostredníctvom svojich nezávislých zmluvných sprostredkovateľov, spracúval moje osobné údaje a/alebo iné údaje uvedené v tomto Poistnom hlásení vrátane osobných údajov a/alebo iných údajov („údaje“) dotknutých osôb uvedených v tomto hlásení, ktorých údaje poskytujem s ich súhlasom, ak sa takéto súhlas podľa zákona o ochrane osobných údajov vyžaduje, a to na účely hlásenia poistnej udalosti, likvidácie poistnej udalosti, poskytnutia poistného plnenia, na evidenčné a štatistické účely, a v prípade potreby zaistovníam pre účely zaistenia, s ktorými poisťovateľ má a/alebo bude mať uzavreté zaistné zmluvy ako aj na marketingové aktivity poisťovateľa; zároveň súhlasím, aby poisťovateľ poskytol spoločnosti uvedenej v časti A. Poistného hlásenia, s ktorou má poistený uzavretú príslušnú zmluvu o úvere resp. príslušnú zmluvu o pripojení na poskytovanie elektronických komunikačných služieb, podľa druhu poistného produktu uvedeného v časti A. tohto Poistného hlásenia informáciu o tom, že poisťovateľovi bola hlásená škodová udalosť poisteného uvedeného v tomto Poistnom hlásení ako aj informáciu o rozhodnutí poisťovateľa o vyplatení poistného plnenia z tejto poistnej udalosti príslušnej osobe. Súhlas platí po dobu 15 rokov odo dňa podpísania tohto Poistného hlásenia. Beriem na vedomie, že súhlas so spracovaním osobných údajov môžem odvolať v prípade, že poisťovateľ poruší povinnosti vyplývajúce zo zákona o ochrane osobných údajov, pričom súhlas so spracúvaním osobných údajov na marketingové účely môžem kedykoľvek písomne odvolať. Vyhlasujem, že som bol/bola riadne poučený/á o existencii práv dotknutej osoby v zmysle zákona o ochrane osobných údajov, a že sa ich môžem domáhať písomnou formou na adrese sídla poisťovateľa. Týmto zároveň potvrdzujem, že pred poskytnutím príslušných osobných údajov som bol/a oboznámený/á so všetkými skutočnosťami podľa § 10 ods.1 zákona o ochrane osobných údajov. Oznamovacie povinnosti o poverení sprostredkovateľa až po získaní osobných údajov a o prenose osobných údajov do tretej krajiny zaručujúcej primeranú úroveň ochrany sa považujú za splnené aj zverejnením potrebných údajov na internetovej stránke poisťovateľa (www.metlifeamslico.sk).

V: Dňa: Podpis osoby alebo zástupcu osoby* uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie:Prosím uvedte aj vzťah k poistenému:
(napr: blízka osoba – manžel/ka, deti a pod.)

Nehodiace sa preškrtnite

*Ak ide o zástupcu, uvedte vzťah k osobe uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie (napr. zákonný zástupca, splnomocnený zástupca).

Poisťovateľ: MetLife Amslico poisťovňa, a.s.

so sídlom Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: akciová spoločnosť, IČO: 31 402 071 (ďalej aj „MetLife Amslico“), zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sa, Vložka č. 918/B. MetLife Amslico je súčasťou spoločnosti MetLife, Inc.