

INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU PRO UZAVŘENÍ ŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V RÁMCI SKUPINOVÉ POJISTNÉ SMLOUVY

MetLife Europe d.a.c.
Irská společnost s reg. č. 415123
20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko
MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku
Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1, IČ: 03926206
Zapsaná v OR vedeném MS v Praze | sp. zn. A77032
tel. 227 111 000 | info@metlife.cz | www.metlife.cz

Číslo pojistné smlouvy/návrhu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Identifikační údaje

Jméno a příjmení

Rozená/ý

Stav

Rodné číslo

Datum narození

Místo narození

2. Informace o zdravotním stavu

Pokud odpověď na kteroukoli z níže uvedených otázek je kladná, uveďte prosím podrobnosti na místě k tomu označeném.

1) Jméno, příjmení a adresa ošetřujícího lékaře současného a také dřívějších, pokud ke změně došlo v průběhu posledního roku.

2) výška

cm

váha

kg

věk

Došlo v průběhu posledního roku ke změně váhy?

ano

ne

Pokud ano, uveďte důvod (pokud je znám) a o kolik váha klesla/vzrostla.

3) Kolik cigaret vykouříte denně?

Kolik alkoholických nápojů vypijete denně?

4) Jaké dětské nemoci jste prodělal/a (spalničky, plané neštovice, zarděnky, příušnice a další)?

5) **Byl/a jste někdy nemocen/a, měl/a jste nebo máte v současné době:**

- | | | | |
|--|--|---|--|
| a) vysoký krevní tlak, choroby srdce, revmatickou horečku nebo cukrovku? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | 12) Jste v současné době v pracovní neschopnosti? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| b) rakovinu, plicní choroby, nervové poruchy nebo choroby zažívacího traktu? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | 13) Máte nějakou tělesnou vadu nebo pobíráte invalidní důchod? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 6) Byl/a jste vyšetřován/a rentgenem, EKG, nebo jinak diagnostikován/a v posledních dvou letech? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | 14) Měl někdo z Vašich nejbližších příbuzných cukrovku, vysoký krevní tlak, srdeční chorobu nebo duševní poruchu? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 7) Bez ohledu na tato vyšetření, byl/a jste u lékaře v posledních dvou letech? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | 15) Vyhledal/a jste někdy lékařské ošetření, či jste byl/a léčen/a v souvislosti s AIDS nebo s příznaky spojenými s AIDS nebo s nemocemi přenášeny pohlavním stykem? (AIDS = Syndrom získaného selhání imunity) | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 8) Máte v současné době nějaké zdravotní obtíže? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | |
| 9) Jste v současné době na něco léčen/a? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | 16) Bylo Vám někdy sděleno, že máte AIDS nebo s AIDS příbuzné syndromy? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 10) Uvažujete vyhledat v nejbližší době lékařskou pomoc, podrobit se léčení nebo diagnostickým vyšetřením? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | 17) Bylo Vám někdy sděleno, že Vaše krevní zkouška na protilátky HIV je pozitivní? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 11) Podstoupil/a jste nějakou chirurgickou operaci? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | 18) Máte některý z níže uvedených příznaků, jejichž příčinu si neumíte vysvětlit: slabost, ztrátu váhy, průjem, zvětšené mízní uzliny nebo neobvyklé kožní změny? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |

3. Doplnující informace

a) Byla někdy Vaše žádost o životní pojištění odložena, odmítnuta nebo přijata se zvláštními podmínkami? ano ne

Pokud ano, prosím, uveďte datum a společnost.

b) Máte uzavřenou pojistnou smlouvu s MetLife nebo s jinou pojišťovnou? ano ne

Pokud ano, uveďte název společnosti, typ pojištění a pojistnou částku.

Uveďte, prosím, podrobné informace, týkající se všech kladných odpovědí, trvání nemoci, závěrů lékaře (rok), adresy zdravotnického zařízení, kde jste se léčil/a a jména a adresy Vašich současných lékařů (přiložte k tomuto formuláři).

Důležité: Neuvedení všech známých a podstatných skutečností pojištěným může mít později vliv na vznik nároku na pojistné plnění. Pokud si nejste zcela jist/a, zda se jedná o podstatnou skutečnost, raději ji uveďte.

4. Prohlášení

Prohlašuji tímto, že veškeré údaje v této přihlášce jsem uvedl/a pravdivě a úplně podle mých nejlepších vědomostí. Souhlasím s tím, že jakékoliv prohlášení učiněné v této přihlášce tvoří součást shora uvedené pojistné smlouvy mezi pojistníkem a pojišťovnou. Pokud nejsou odpovědi v této přihlášce psány moji rukou, stvrzuji svým podpisem, že jsem je ověřil/a a jsou pravdivé.

V případě lékařských konzultací – TM, beru na vědomí a souhlasím s tím, že pojišťovna nevyhotovuje a nezodpovídá za překlad lékařských záznamů, které pojištěný a/nebo jeho ošetřující lékař poskytne společnosti WorldCare International Ltd. do anglického jazyka ani za překlad písemných materiálů, které jsou součástí lékařské konzultace, do českého jazyka. Pojišťovna také nevykonává a nezodpovídá za tlumočení osobních a/nebo telefonických konzultací. Taktéž beru na vědomí, že pojišťovna ani společnosti WorldCare International Ltd. nezodpovídají za škodu způsobenou případným nesprávným stanovením diagnózy, nesprávnou lékařskou péčí nebo jinými omyly či nekonáním, které by mohly být důsledkem nesprávného překladu zdravotních záznamů a písemných materiálů, které jsou součástí lékařské konzultace, nesprávného tlumočení telefonických nebo osobních konzultací.

Tímto opravňuji každého lékaře, zdravotnické zařízení nebo jinou osobu, která disponuje informacemi o mé osobě a mém zdraví, k poskytnutí informací pojišťovně nebo jejím zástupci, vztahujících se k prodělané nemoci, úrazům, pobytem ve zdravotnickém zařízení, konzultacím, pracovní neschopnosti, lékařským nebo diagnostickým úkonům či léčení. Souhlasím s tím, že kopie tohoto prohlášení má stejnou platnost jako originál. Toto oprávnění trvá i po mé smrti.

5. Prohlášení o ochraně osobních údajů

Uděluji pojišťovně výslovný souhlas se zpracováním mých osobních údajů o zdravotním stavu uvedených v tomto formuláři, v další dokumentaci vyžádané pojišťovnou, případně získávané od lékařů a jiných pojišťoven. Osobní údaje pojišťovna zpracovává za účelem určení pojistného rizika, posouzení pojistné události a nároku na výplatu pojistného plnění jakož i případně za účelem plnění dalších práv a povinností vyplývajících ze závazkového smluvního vztahu.

Beru na vědomí, že po uzavření pojistné smlouvy bude pojišťovna zpracovávat mé osobní údaje, včetně osobních údajů o zdravotním stavu, jelikož je to nezbytné pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků.

Beru na vědomí, že informace o zpracování osobních údajů jsou v Oznámení o ochraně osobních údajů MetLife na stránkách www.metlife.cz, pod odkazem zpracování osobních informací.

Prosím, podepíšte formulář a pošlete scan formuláře z Vašeho pracovního emailu (@intl.att.com) na email pojistitele: bela.bursova@metlife.cz. Do předmětu emailu vložte: AT&T form for insurance contract no. 100.387.

Podepsáno v

Dne

Podpis