

PROHLÁŠENÍ OSOBY UPLATŇUJÍCÍ NÁROK POJISTNÉ HLÁŠENÍ O ÚMRTÍ

2a

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

Formulář, prosíme, vyplňte elektronicky nebo ručně tiskacím písmem (ne černou tužkou).

Číslo pojistné smlouvy*

Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo

Název a adresa zaměstnavatele

Funkce

Adresa bydliště

PSČ

Pojistné hlášení

Datum úmrtí

Hodina úmrtí

Místo úmrtí

Příčina úmrtí (název nemoci, druh poranění):

Popište okolnosti vzniku úrazu, v případě nemoci popište vznik a průběh (datum prvních příznaků nemoci, popis léčby, ...):

Byla událost vyšetřována Policií ČR? Pokud ano, uveďte adresu oddělení a číslo jednací:

ano

ne

Jméno a adresa praktického lékaře pojištěného, telefon, email:

Jména a adresy odborných lékařů, kteří pojištěnému poskytovali lékařskou péči v souvislosti s tímto úrazem či onemocněním (telefon, email):

Měl pojištěný uzavřenu životní, úrazovou nebo cestovní pojistnou smlouvu ještě u jiné pojišťovny?

ano

ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, typ pojištění, pojistnou částku a zda je z tohoto pojištění uplatňován nárok na pojistné plnění z důvodu stejné pojistné události:

Údaje o oprávněné osobě (obmyšleném)

Jméno a příjmení

Místo narození (město, stát)

Rodné číslo

Státní příslušnost

Telefon

E-mail

Kontaktní adresa

Vztah k pojištěnému

Vyplňte i následující stranu

* Měl-li pojištěný více pojistných smluv, uveďte jejich čísla na druhou stranu formuláře (Doplňující údaje)



0211091W0540518

Číslo účtu pro případ výplaty pojistného plnění **

předčíslí	číslo účtu	kód banky
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

** Pokud nevyplníte číslo účtu, bude Vám pojistné plnění do 50.000,- Kč zasláno poštovní poukázkou.
V případě, že pojistné plnění přesáhne 50.000,- Kč, budete požádán o úředně ověřený podpis na samostatném formuláři, který Vám bude zaslán po přiznání pojistného plnění.

Prohlášení

Já, níže podepsaný/á tímto prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto formuláři, včetně údajů o identifikaci či jinak poskytnuté v souvislosti s tímto oznámením, jsou pravdivé a byly učiněny podle mého nejlepšího vědomí a svědomí. Beru na zřetel, že pokud nebyly poskytnuté údaje, prohlášení a informace uvedeny pravdivě, je pojišťovna MetLife oprávněna snížit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění. Beru na vědomí, že výše uvedené a jinak poskytnuté mé osobní údaje budou pojišťovnou MetLife, jako správcem, zpracovávány na základě nezbytnosti pro splnění smlouvy. Informace o zpracování osobních údajů jsou v Oznámení o ochraně osobních údajů MetLife u pojišťovacího zprostředkovatele nebo na stránkách www.metlife.cz, pod odkazem ochrana a zpracování osobních údajů.

Podpis osoby uplatňující nárok

(podpis zákonného zástupce, pokud se jedná o nezletilé dítě)

Podepsáno v Dne .20

Doplňující údaje

Identifikace oprávněné osoby (obmyšleného)/zákonného zástupce u nezletilých

Identifikace se provádí na základě žádosti MetLife Europe d.a.c., pobočky pro Českou republiku, Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1, při uplatnění nároku na pojistné plnění v částce 20.000,- Kč a výše, za účelem splnění povinnosti vyplývající z zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Identifikace oprávněné osoby může být provedena pověřeným zaměstnancem pojistitele, pojišťovacím zprostředkovatelem, obecním úřadem, notářem, příp. jiným úřadem oprávněným provést identifikaci.

Zprostředkovatel, pověřený zaměstnanec pojišťovny, zaměstnanec úřadu nebo notář potvrzuje, že ověřil identifikační údaje oprávněné osoby za její fyzické přítomnosti podle průkazu totožnosti a že fotografie v průkazu totožnosti odpovídá její podobě.

Jméno a příjmení identifikované osoby	Rodné číslo	Totožnost ověřena dle OP/pasu (nehodící se škrtněte) číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vydal (stát, orgán)	Datum vydání	Platnost do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V případě, že identifikaci provedl pojišťovací zprostředkovatel, vyplňte dále tyto údaje:

Jméno a příjmení pojišťovacího zprostředkovatele hůlkovým písmem	Číslo pojišťovacího zprostředkovatele
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Při identifikaci před notářem, krajským úřadem nebo obecním úřadem s rozšířenou působností, údaje o úřadu, který identifikaci provedl (označení orgánu apod.)

Podpis osoby, která provedla identifikaci. Otisk úředního razítka a pořadové číslo evidence listin o identifikaci, byla-li identifikace provedena úřadem.

Místo provedení identifikace Dne .20

Pokyny pro osobu uplatňující nárok

Odpovězte úplně na všechny dotazy v tomto formuláři (2a). Druhý formulář (2b) předejte k vyplnění ošetřujícímu lékaři pojištěného/é

K vyplněným formulářům přiložte

- kopii zprávy z nemocnice (z hospitalizace)
- kopii policejního protokolu o vyšetřování nehody
- kopii občanského průkazu oprávněné osoby (obmyšleného); kopii rodného listu je-li oprávněnou osobou (obmyšleným) dítě
- úředně ověřenou kopii úmrtního listu

Vyplněné formuláře a výše uvedené dokumenty zašlete na adresu MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku, Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1.