

PROHLÁŠENÍ OSOBY UPLATŇUJÍCÍ NÁROK POJISTNÉ HLÁŠENÍ O OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE

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*

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

Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení pojištěného dítěte

Rodné číslo pojištěného dítěte

Údaje o zákonném zástupci

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Rodné číslo

Telefon

E-mail

Adresa bydliště

PSČ

Název a adresa zaměstnavatele / u OSVČ popis podnikatelské činnosti

Funkce

Údaje o osobě ošetřující dítě

Jméno a příjmení ošetřující osoby

Stejná jako zákonný zástupce

Rodné číslo

Telefon

E-mail

Adresa bydliště

PSČ

Název a adresa zaměstnavatele / u OSVČ popis podnikatelské činnosti

Funkce

Čestné prohlášení osoby ošetřující dítě

K datu zahájení ošetřování dítěte:

 Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – OSVČ Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – zaměstnanecJá, níže podepsaný čestně prohlašuji, že v období od do

jsem nevykonával výdělečnou činnost a má ztráta příjmů byla úplná.

Podpis osoby ošetřující dítě

Datum

Číslo účtu pro případ výplaty pojistného plnění

předčíslí

číslo účtu

kód banky

Vyplňte i následující stranu

* Máte-li více pojistných smluv, uveďte jejich čísla volnou formou.



0211091W1401018

Pojistné hlášení

Datum úrazu/prvních příznaků nemoci Hodina Místo úrazu K prvnímu lékaři, ošetření došlo dne Hodina

Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení, kde bylo dítě poprvé ošetřeno:

Popište okolnosti **úrazu** a zranění, které dítě utrpělo. Pokud došlo k úrazu při aktivní účasti na závodech nebo soutěžích, uveďte druh závodu/soutěže. V případě **nemoci** popište průběh:

Ošetřování dítěte od

do

Ošetřování dítěte vystavil (jméno lékaře) a datum vystavení:

Hospitalizace od

do

Název a adresa zdravotnického zařízení:

Při prodloužení obvyklé doby léčení uveďte důvody (popište komplikace):

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

Jméno a adresa dětského lékaře ošetřovaného dítěte, telefon, email:

Jména a adresy odborných lékařů, kteří dítě vyšetřovali s nynějším úrazem či onemocněním (telefon, email):

Máte uzavřenou pojistnou smlouvu s ošetřováním dítěte u jiné pojišťovny? Ano Ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

Prohlášení

Já, níže podepsaný/á, uplatňuji nárok na pojistné plnění z výše uvedené pojistné smlouvy a prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto formuláři jsou úplné a pravdivé.

Tímto opravňuji každého lékaře, zdravotnické zařízení nebo jinou osobu, která disponuje informacemi o mé osobě a mém zdraví, k poskytnutí informací pojistiteli nebo jeho zástupci, vztahujících se k prodělané nemoci, úrazům, pobytům ve zdravotnickém zařízení, konzultacím, pracovní neschopnosti, lékařským nebo diagnostickým úkonům či léčení. Souhlasím s tím, že kopie tohoto prohlášení má stejnou platnost jako originál. Pokud jsem tak neučinil už při sjednávání pojistné smlouvy, uděluji nyní souhlas se zpracováním údajů o mém zdravotním stavu ve smyslu občanského zákoníku. Jsem si vědom toho, že ve smyslu Obecného nařízení o ochraně osobních údajů zpracovává pojišťovna tyto osobní údaje o zdravotním stavu i bez mého souhlasu, neboť je takové zpracování nezbytné pro určení právních nároků z pojistné smlouvy. Prohlášení pojištěného ohledně ochrany osobních údajů jsou uvedena v návrhu na uzavření pojistné smlouvy. Informace o zpracování osobních údajů jsou v Oznamení o ochraně osobních údajů MetLife u pojišťovacích zprostředkovatelů nebo na stránkách www.metlife.cz, pod odkazem ochrana a zpracování osobních údajů.

Podpis zákonného zástupce dítěte

Datum

Odpovězte úplně na všechny dotazy v tomto formuláři (3a)

Druhý formulář (3b) předejte po ukončení léčby k vyplnění ošetřujícímu lékaři.

K vyplněným formulářům přiložte:

- kopie veškeré lékařské dokumentace
- kopii kompletní propouštěcí zprávy z nemocnice (z každé hospitalizace)
- kopii policejního protokolu o vyšetřování nehody (pokud událost vyšetřovala policie)
- ošetřujícím lékařem kompletně vyplněný fomulář: „rozhodnutí lékaře o potřebě nepřetržitého ošetřování“ a/nebo „potvrzení o trvání potřeby nepřetržitého ošetřování“ (doklady musí být potvrzeny zaměstnavatelem v rubrice „záznamy zaměstnavatele“, OSVČ doloží kopii živnostenského listu)
- pokud je denní dávka vyšší než 300 Kč, nutné doložit čistý příjem za poslední rok (zaměstnanec), daňové priznání za poslední rok (OSVČ) – **ošetřující osoby**
- kopii rodného listu ošetřovaného dítěte, popřípadě rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče poručníkoví

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