

Wniosek ubezpieczającego o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia Vision VISP 1.0/1.4

MetLife Europe d.a.c., Irlandzka spółka z nr rej. 415123, 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irlandia
MetLife Europe d.a.c., Oddział Spółki w Republice Czeskiej
 Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1, IČ: 03926206 (podatkowy nr rejestracyjny w Republice Czeskiej), <http://www.metlife.cz>, Spółka wpisana w Rejestr Handlowy, prowadzony przez Sąd Miejski w Pradze | nr akt A77032 dalej „Towarzystwo“

Warunkiem akceptacji Wniosku ubezpieczonego o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia Vision 1.0/1.4 (dalej „Wniosek”) przez Ubezpieczyciela jest należyte opłacenie regularnych składek ubezpieczeniowych oraz spełnienie dalszych warunków określonych przez Ubezpieczyciela (w zależności od charakteru żądanej zmiany). Podwyższenie wartości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej będzie wykonane w okresie określonym w SWU VISP 1.0/1.4.

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU:

1. Wniosek do wykonania zmian może być użyty wyłącznie w ramach ubezpieczenia Vision 1.0/1.4
2. Należy drukować wszystkie 3 strony Wniosku. Na stronie 1–3 należy wypełnić numer umowy ubezpieczenia i podpis ubezpieczającego.
3. Oświadczenie osoby ubezpieczonej (str. 2–3) należy wypełnić, jeżeli klient poszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej (tj. podwyższa obecną składkę ubezpieczeniową/świadczenie dzienne, przedłuża okres ubezpieczenia, zawiera nowe ubezpieczenie dodatkowe).

1. ZMIANA GŁÓWNEGO OKRESU UBEZPIECZENIA

Przedłużenie głównego okresu ubezpieczenia o lat (w pełnych latach, maks. do ukończenia 75 roku życia)

Wykonanie przedłużenia głównego okresu ubezpieczenia nie zmienia automatycznie liczby lat, po których upływie dojdzie do obniżenia odpowiedniej części sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci do zera. Nie przedłuża się również okres ubezpieczenia poszczególnych ubezpieczeń dodatkowych. Głównego okresu ubezpieczenia nie można skrócić. Zmiana obowiązuje począwszy od następującej spłaty regularnej składki ubezpieczeniowej od momentu akceptowania wniosku przez Towarzystwo.

2. ZAWARCIE / ZMIANA / ROZWIĄZANIE UBEZPIECZENIA I UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

Należy wypełnić tylko pola dotyczące ubezpieczenia dodatkowego, w którym będą dokonane zmiany
 (W razie braku zmian pola należy zostawić puste).

Suma stała (sumę ubezpieczenia należy zmienić minimalnie o 20 000 zł, świadczenie dzienne zaś minimalnie o 10 zł)				Zawrzeć / Zmienić				Rozwiązanie umowy	
				Suma ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia				Rozwiązanie umowy
					Po zmianie ogółem na dzień dokonania zmiany	bez zmiany	maks. okres ubez. ¹		
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci				zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	możliwe tylko obniżenie wartości na 0 zł	
Ubezpieczenie dodatkowe	Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (NAS)			zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>	
	Trwałego uszczerbku na zdrowiu (TNU) z świadczeniem progresywnym	min. świadczenie 0,5 %	nie można zestawiać	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>	
		min. świadczenie 10 %		zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>	
	Następstw nieszczęśliwych wypadków (NÚ)			zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>	
	Inwalidztwa (PTPI)			zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>	
	Groźnej choroby (PPZO)			zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>	
	Zwolnienie z opłacania składek ubezpieczeniowych (ZPPN)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>	
Świadczenie dzienne				Okres ubezpieczenia				Rozwiązanie umowy	
Po zmianie ogółem na dzień dokonania zmiany				bez zmiany	maks. okres ubez. ¹	nowy			
Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek hospitalizacji (DDH)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lat ² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>	

Suma malejąca w ujęciu rocznym (sumę ubezpieczenia należy zmienić minimalnie o 20 000 zł)				Zawrzeć / Zmienić			Rozwiązanie umowy	
				Suma ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia			
					Po zmianie ogółem na dzień dokonania zmiany	bez zmiany		maks. okres ubez.¹
Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci				zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lat² od wykonania zmiany	możliwe tylko obniżenie wartości na 0 zł
Ubezpieczenie dodatkowe	Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (NAS)			zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lat² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>
	Trwałego uszczerbku na zdrowiu (TNU) z świadczeniem progresywnym	min. świadczenie 0,5 %	nie można zestawiać	zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lat² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>
		min. świadczenie 10 %		zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lat² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>
	Następstw nieszczęśliwych wypadków (NÚ)			zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lat² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>
	Inwalidztwa (PTPI)			zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lat² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>
	Groźnej choroby (PPZO)			zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lat² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>
Ubezpieczenie kredytów (ÚVA) (suma ubezpieczenia na wypadek śmierci, PTPI i PPZO)				zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lat² od wykonania zmiany	<input type="checkbox"/>

1 W razie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci zawarcie ubezpieczenia do końca głównego okresu ubezpieczenia; w razie ubezpieczenia dodatkowego jego zawarcie do rocznicy bezpośrednio następującej po ukończeniu 65 roku życia, jednak maksymalnie do końca głównego okresu ubezpieczenia.

2 Liczba lat, po których upływie dojdzie do obniżenia sumy stałej sumy ubezpieczenia na 0 zł (lub liczba lat podczas których wartość sumy malejącej rocznie maleje do zera). W razie ubezpieczenia dodatkowego jest to okres ubezpieczenia danego ubezpieczenia dodatkowego. Okres minimalny jest 10 lat (w przypadku sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i ubezpieczenia dodatkowego), okres maksymalny – patrz punkt 1 wyżej. Zmiana obowiązuje poczynając następującą spłatą regularnej składki ubezpieczeniowej po przyjęciu wniosku przez Ubezpieczyciela.

3. USTALENIE SKŁADKI DODATKOWEJ

Składka dodatkowa w wysokości: zł

Należy wybrać podział procentowy alokacji w poszczególne programy inwestycyjne (podany w pełnych procentach, suma musi być równa 100%):

Programy inwestycyjne:

Konserwatywny (970) % Zrównoważony (971) % Dynamiczny(972) %

W razie niejednoznacznego lub niepełnego wyboru programu inwestycji będzie składka dodatkowa w 100% alokowana w program inwestycji Konserwatywny. Opłaty dodatkowych składek należy dokonywać wyłącznie przelewem bankowym na konto ubezpieczyciela nr 04 1030 1508 0000 0008 1697 9005, jako tytuł przelewu należy podać numer umowy ubezpieczenia. Zmiana wchodzi w życie z dniem akceptacji wniosku przez Ubezpieczyciela.

4. ZMIANA ALOKACJI REGULARNYCH SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ SKŁADKI DODATKOWEJ W PROGRAMACH INWESTYCYJNYCH

Programy inwestycyjne:

Konserwatywny (970) % Zrównoważony (971) % Dynamiczny(972) %

Należy wybrać podział procentowy alokacji w poszczególne programy inwestycyjne (podany w pełnych procentach, suma musi być równa 100%). Zmiana alokacji może skutkować podwyższeniem poziomu ryzyka.

5. ZMIANA FREKWENCJI OPŁAT REGULARNYCH SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH

Nowa częstotliwość opłat regularnych składek ubezpieczeniowych:

miesięczna kwartalna półroczna roczna

Nową wysokość regularnej składki ubezpieczeniowej należy podać w części 6 formularza. Potwierdzenie o wprowadzeniu zmiany, otrzymają Państwo pisemną formą.

6. ZMIANA WYSOKOŚCI REGULARNEJ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Prosimy o zweryfikowanie, czy wysokość regularnej składki po dokonaniu zmiany, nie przekroczy wysokości wyznaczonej składki minimalnej. Składka regularna może zostać zmieniona minimalnie o 20 zł, limit ten nie ma zastosowania do zmiany częstotliwości opłacania składek.

Nowa wysokość spłaty regularnych składek ubezpieczeniowych wg częstotliwości opłat: zł

Wysokość regularnej składki ubezpieczeniowej w ujęciu rocznym: zł

Jeżeli nie zostało wypełnione, wysokość regularnej składki ubezpieczeniowej nie ulega zmianie. Zmiana wchodzi w życie poczynając spłatą regularnej składki ubezpieczeniowej następującej po przyjęciu zmiany przez Ubezpieczyciela. Wysokość opłat regularnych składek ubezpieczeniowych opłacanych przez klienta zostaje bez zmian do dnia doręczenia potwierdzenia akceptacji zmienionej wysokości regularnej składki ubezpieczeniowej.

OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

(należy wypełnić jeżeli ubezpieczony poszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej – tj. podwyższa obowiązującą sumę ubezpieczenia/dzienne świadczenie, przedłuża okres ubezpieczenia, zawiera nowe ubezpieczenie dodatkowe)

I. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ DOTYCZĄCE WYKONYWANEGO ZAWODU:

bez zmian zmiana zawodu

Aktualnie wykonywany zawód – opis (określenie „osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą“ czy „robotnik“ nie jest wystarczające):

II. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ O STANIE ZDROWIA:

Osoba ubezpieczona zobowiązana jest do udzielenia prawdziwych i wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie poniższe pisemne pytania Ubezpieczyciela dotyczące jego stanu zdrowia i do zawiadomienia Ubezpieczyciela o wszystkich zmianach stanu zdrowia, które nastąpią w okresie od podpisania tego oświadczenia o stanie zdrowia do akceptacji wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela. Wskutek naruszenia tego obowiązku może dojść do odpowiedniego obniżenia lub odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego i/lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Imię, adres i telefon lekarza rodzinnego i/lub przychodni medycznej, w której Państwo są aktualnie zarejestrowani:	Rok, miesiąc i powód ostatniej wizyty:

Jeżeli są Państwo pod obserwacją lub leczeni przez jednego lub kilku lekarzy specjalistów, prosimy o podanie poniżej ich imion, adresów oraz numerów telefonu.

Wzrost: cm Waga: kg

W przypadku, że w trakcie ostatniego roku nastąpiła zmiana wagi o ponad 4kg, należy wymienić, czy doszło do jej wzrostu lub spadku (+/-): kg

i powód leczenia (zmiana zawodu, konsekwencja choroby i/lub leczenia, zmiana wagi, zamierzana zmiana wagi itp.):

Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z pytań jest twierdząca, należy uzupełnić szczegóły (diagnozę, nazwę i dawkowanie leków, rodzaj operacji, powód obniżenia zdolności do pracy, uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku itp.).

	tak	nie
1. Czy obecnie Państwo są na zwolnieniu lekarskim, leczeni, badani z powodu choroby lub urazu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy Państwo byli w trakcie ostatnich 5 lat na zwolnieniu lekarskim, leczeni lub badani z powodu choroby lub urazu przez okres czasu powyżej 3 tygodni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy Państwo przyjmują/przyjmowali w trakcie ostatnich lat regularnie leki czy też zostało w tym okresie regularne przyjmowanie leków Państwu zalecone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy przyznano Państwu jakąkolwiek rentę inwalidzką? Czy Państwo otrzymywali rentę inwalidzką w przeszłości? Czy jest w toku postępowanie w sprawie renty inwalidzkiej? Czy Państwa dotyczy ograniczona zdolność do pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy Państwo używają lub kiedykolwiek używali substancji uzależniających (narkotyki, leków itp.)? Czy Państwo kiedykolwiek leczyli się lub zostało Państwu zalecone leczenie w związku z uzależnieniem od alkoholu, leków, narkotyków, hazardu? Czy są Państwo zarejestrowani w poradni leczenia wymienionych uzależnień?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	tak	nie
j) choroby skórne: egzema, łuszczyca, owrzodzenie żyłne podudzia itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) zaburzenia neurologiczne: bóle głowy, migrena, zawroty głowy, utrata przytomności, padaczka, zaburzenia ruchu, percepcji, mówienia lub zrozumienia mowy, udar mózgu, paraliż, stwardnienie rozsiane, demencja, zawał serca itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) zaburzenia psychiczne: zaburzenia nastroju, anoreksja, bulimia, stany lękowe, depresja, próby samobójcze; czy Państwo kiedykolwiek skorzystali z konsultacji psychologa lub psychiatry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) choroby nowotworowe: rak i inne nowotwory złośliwe i niezłośliwe – torbiele, mięśniaki, gruczolakomięśniaki, tłuszczaki itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) czy Państwo cierpią na jakiegokolwiek dolegliwości zdrowotne, jak na przykład: wymioty, rozwolnienie, jadłowstręt, spadek masy ciała, bóle brzucha, skurcze w brzuchu? Czy Państwo planują w najbliższym czasie badanie/badania medyczne i/lub czekają Państwo na wyniki takich badań? Jeżeli tak, prosimy o podanie wszystkich szczegółów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	tak	nie
6. Czy Państwo byli kiedykolwiek badani, pod obserwacją lekarza, leczeni lub skierowani do lekarza z powodu urazów lub poniżej wymienionych dolegliwości zdrowotnych:		
a) choroby serca i krwioobiegu: nadciśnienie lub wahanie ciśnienia tętniczego (proszę podać wartości ostatniego wykonanego pomiaru), zaburzenia rytmu serca, choroba niedokrwienna serca, bóle w klatce piersiowej, zawał serca, choroba wieńcowa, kołatanie serca, choroba niedokrwienna kończyn dolnych, zator, zakrzepica, żyłaki, zapalenie żył itp.		
b) choroby płuc i dróg oddechowych: duszność, zapalenie oskrzeli (bronchitis) lub płuc, astma, gruźlica, zatorowość płucna, zapalenie opłucnej, alergie (katar sienny), obrzęki itp.		
c) choroby układu trawiennego: przełyku, żołądka, dwunastnicy, jelit, odbytnicy, wątroby, woreczka żółczowego, trzustki itp.		
d) choroby nerek i układu moczowego: kamienie, białko w moczu i/lub krew w moczu itp.		
e) choroby narządów płciowych, piersi, jajników, prostaty: choroby zapalne wymienionych narządów itp.		
f) zaburzenia metabolizmu: cukrzyca (diabetes), podwyższone wartości cukru, tłuszczy (cholesterol, trójglicerydy – należy podać aktualne wartości), zaburzenia funkcji tarczycy, dna moczanowa, inne zaburzenia funkcji gruczołów wydzielana wewnętrznego lub metabolizmu itp.		
g) choroby krwi, węzłów chłonnych i zaburzenia odporności: anemia (niedokrwistość), białaczka, chłoniaki, zmiany morfologii krwi, obecność wirusa HIV i/lub AIDS, powracające stany zapalne itp.		
h) choroby i operacje kości, stawów, mięśni i więzadeł: bóle kręgosłupa, wady ortopedyczne, reumatyzm, osteoporoza, zapalenie stawów, artroza itp.		
i) choroby oczu, uszy, gardła i narządów zmysłów: krótkowzroczność, dalekowzroczność [] (proszę podać ilość dioptrii); ślepota całkowita (i częściowe zaburzenie widzenia), niedosłyszenie, głuchota itp.		

	tak	nie
o) inne nie wymienione powyżej choroby, problemy zdrowotne lub ograniczenia zdrowotne, np. borelioza, wady wrodzone itp.		
7a. Czy Państwo odnieśli w przeszłości jakieś obrażenie? Jeżeli tak, prosimy podać: – rok wystąpienia urazu i rodzaj obrażeń (złamanie, skręcenie itp.) – zranioną część ciała (w przypadku organów parzystych - stroną z obrażeniami) – zakres trwałych następstw (np. ograniczona ruchomość, skrócenie kończyny, niestabilność stawów itp.)		
7b. Czy Państwo wystąpili do niektórego zakładu ubezpieczeń o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu odniesionych obrażeń, lub czy Państwo otrzymali świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu już poniesionych obrażeń? Jeżeli tak, proszę podać nazwę zakładu ubezpieczeń oraz rok złożenia wniosku o świadczenie ubezpieczeniowe.		
8. Czy Państwo palą papierosy? Jeżeli tak, proszę wpisać ile: [] szt/dzień. Przez jaki okres czasu: [] lat. Jeżeli Państwo już nie palą, proszę wpisać, przez jak długi okres czasu: [] lat, przez jak długi okres czasu Państwo palili: [] lat, ile papierosów: [] szt/dzień.		
9. Czy Państwo spożywają napoje alkoholowe? Jeżeli tak, prosimy podać średnią ilość spożycia tygodniowo i rodzaj spożywanego alkoholu (na przykład 0,4l wina itp.):		
10. Czy Państwo zawarli umowę ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia wypadkowego lub ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa lub ubezpieczenia na wypadek niezdolności do wykonywania zawodu? Czy Państwo złożyli wnioski o zawarcie takiego ubezpieczenia z innym towarzystwem ubezpieczeniowym? Jeżeli tak, proszę podać nazwę towarzystwa, rok i kwotę sumy ubezpieczenia (lub kwotę dziennego świadczenia czy też miesięcznego świadczenia), na którą zostało ubezpieczenie zawarte lub został złożony wniosek.		

11. Czy jakiekolwiek towarzystwo ubezpieczeniowe kiedykolwiek odmówiło z Państwem zawarcia ubezpieczenia na życie lub ubezpieczenia na wypadek niezdolności do wykonywania zawodu. Czy zawarcie takiego ubezpieczenia zostało Państwu zaoferowane na innych/niestandardowych warunkach (na przykład z wyższymi składkami ubezpieczeniowymi w porównaniu z proponowaną wysokością składek, z ograniczeniem ochrony ubezpieczeniowej itd.)? Jeżeli tak, proszę podać nazwę towarzystwa ubezpieczeniowego i powód takiej decyzji i propozycji.		
12a. Czy Państwo uprawiają regularnie jakiś sport? Jeżeli tak, proszę określić rodzaj sportu i sposób, w jaki jest uprawiany (np. rekreacyjnie / amatorsko / zawodowo, zawody regionalne / ogólnokrajowe / zawody międzynarodowe).		

12b. Czy czas wolny spędzają Państwo wykonując czynności ogólnie uważane za niebezpieczne (np. nurkowanie, wspinaczka górską, sporty powietrzne, tzw. sporty ekstremalne)? Jeżeli tak, proszę określić, jakie czynności i uzupełnić odpowiedni formularz wydany przez ubezpieczyciela.		
13. Czy istnieje możliwość Państwa długoterminowego pobytu poza terytorium państw Unii Europejskiej?		
14. Czy Państwa ojciec, matka lub rodzeństwo cierpieli na niektóre z następujących chorób: nadciśnienie, zawał serca, udar mózgu, schorzenia nerek, cukrzyca, zaburzenia metabolizmu tłuszczy (podwyższony cholesterol), raka lub inne choroby nowotworowe (proszę wymienić dotknięty chorobą narząd), choroby psychiczne, padaczkę, zaburzenia neurologiczne, wady wrodzone? Jeżeli tak, prosimy podać szczegóły w poniższej tabeli.		

	Wiek żyjących	Nazwa choroby / Przyczyna zgonu	Wiek w momencie postawienia diagnozy	Wiek w momencie zgonu
Ojciec				
Matka				
Rodzeństwo				

Jeżeli Państwo odpowiedzieli na którekolwiek z pytań twierdząco, prosimy o uzupełnienie szczegółów poniżej (diagnoza, nazwa i dawkowanie leków, rodzaj operacji, powód obniżenia zdolności do pracy, uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku itp.)

Nr pytania	Choroba	Początek, okres trwania	Sposób leczenia	Wyleczono		Lekarz prowadzący (nazwisko, adres i telefon)
				tak	nie	

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO

Wyrażam zgodę na występowanie przez MetLife Europe d.a.c., Oddział Spółki w Republice Czeskiej, Purkyňova 2121/3. 110 00 Praha 1. IČ: 03926206 (podatkowy numer rejestracyjny w Republice Czeskiej, dalej jako Towarzystwo) do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych,

o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej. Podstawa prawna: art. 38 ust. 6 w związku z art. 38 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wyrażam zgodę na udostępnienie innym zakładom ubezpieczeń na ich pisemne żądanie, przetwarzanych przez Towarzystwo, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przeze mnie, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielania posiadanych przez MetLife Europe d.a.c., Oddział Spółki w Republice Czeskiej informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości. Podstawa prawna: art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Wyrażam zgodę, w trybie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, na występowanie przez MetLife Europe d.a.c., Oddział w Republice Czeskiej do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem danych osobowych jest MetLife Europe d.a.c., Oddział w Republice Czeskiej, Purkyňova 2121/3. 110 00 Praha 1. IČ: 03926206 (podatkowy numer rejestracyjny w Republice Czeskiej, dalej jako MetLife Europe d.a.c.). Na podstawie przepisów prawa możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu i przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu tradycyjnego, czyli proponowania listownie umów ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- podejmowania działań, których celem jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie udzielonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu bezpośredniego za pomocą telefonu lub adresu e-mail. Możemy to robić w sposób zautomatyzowany lub poprzez profilowanie danych,
- udostępnienia danych innym podmiotom z naszej grupy kapitałowej w celu proponowania przez nie usług,
- świadczenia drogą elektroniczną usług powiązanych z zawartą umową ubezpieczenia na zasadach określonych odrębnymi regulaminami.

Podanie nam danych jest:

- dobrowolne, ale niezbędne, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych,
- dobrowolne, gdy dane mają być przetwarzane lub udostępnione w celu marketingowym.

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- obowiązywania zgody, do momentu jej wycofania,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy,
- w którym możliwe jest dochodzenie roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

Będziemy przetwarzać dane uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia w zakresie danych identyfikacyjnych, kontaktowych, numeru rachunku bankowego oraz informacje o powiązanych z nimi produktach ubezpieczeniowych, a także inne dane, jeżeli ich przetwarzanie jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa. Dane uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia zostały nam podane przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w trakcie zawierania lub wykonania umowy ubezpieczenia.

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo, w tym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi do wykonania umowy,
- podmiotom zewnętrznym na podstawie udzielonej zgody,
- innym podmiotom poza granicami Unii Europejskiej, tj. w Stanach Zjednoczonych, Indiach oraz w przypadku roszczeń o wysokiej kwocie do Libanu (na podstawie umów, jakie mamy z nimi zawarte). Te spółki stosują odpowiednie zabezpieczenia ochrony danych osobowych. Dane przekazujemy zgodnie z treścią Standardowych Klauzul Umownych, które zatwierdziła Komisja Europejska, lub na innej prawnie dopuszczalnej podstawie.

Osoba, która przekazała nam dane, ma prawo do:

- dostępu do nich,
- ich poprawiania,
- przenoszenia danych,
- wycofania zgody na przetwarzanie,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych,
- wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych w celu marketingowym.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie przez nas danych osobowych, zanim ta zgoda została wycofana. Osoba, która udostępniła nam swoje dane, ma prawo zgłosić skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

	Data	Podpis (zgodnie z wzorem podpisu)	Tożsamość potwierdzona na podstawie dowodu osobistego / paszportu			
			numer	data wydania	wydał (należy uzupełnić zgodnie z dokumentem)	ważny do
Ubezpieczający						
Ubezpieczony						

Dla celów Ubezpieczyciela

Pośrednik ubezpieczeniowy: 9 9 7 0

Numer telefonu pośrednika ubezpieczeniowego:

Pośrednik ubezpieczeniowy potwierdza, iż w obecności ubezpieczającego i osoby ubezpieczonej sprawdził ich dane osobowe na podstawie dowodu tożsamości, oraz że fotografie w dowodach tożsamości odpowiadają ich wyglądowi zewnętrznemu.

Imię i nazwisko pośrednika ubezpieczeniowego:

Podpis pośrednika ubezpieczeniowego:

Adres do korespondencji:

Telefon: E-mail:

