

PROHLÁŠENÍ OSOBY UPLATŇUJÍCÍ NÁROK POJISTNÉ HLÁŠENÍ O ÚRAZU NEBO NEMOCI

Slouží k nahlášení všech typů pojistných událostí
(vyjma úmrtí)

Formulář, prosíme, vyplňte ručně tiskacím písmem (ne černou tužkou) nebo elektronicky.
Údaje ve formuláři budou zohledněny pro všechna rizika sjednaná na pojistné smlouvě.

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*

Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení pojistníka/plátce pojistného – je-li jiný než pojištěný

Rodné číslo pojistníka

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo

Telefon

E-mail

Adresa bydliště

PSC

Název a adresa zaměstnavatele / u OSVČ popis podnikatelské činnosti

Funkce

 OSVČ s nemocenským pojištěním OSVČ bez nemocenského pojištění

předčíslí

číslo účtu

kód banky

Číslo účtu pro případ výplaty pojistného plnění **

Pojistné hlášení

Datum úrazu/prvních příznaků nemoci

Hodina

Místo úrazu

K prvnímu lékaři ošetření došlo dne

Hodina

Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení, kde jste byl/a poprvé ošetřen/a:

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

Jste registrovaný sportovec? Pokud ano, uveďte od jakého data, ve kterém sportu a v jaké soutěži. (Vyplňte pouze v případě úrazu.)

Svědék úrazu (pokud byl)

Hospitalizace od

do

Název a adresa zdravotnického zařízení

Doba pracovní neschopnosti od

do

Potvrzení PN vystavil (jméno lékaře) a datum vystavení:

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

Vyplňte i následující stranu

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

** 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.



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

Byla poraněná část těla již před **úrazem** postižena? Měl/a jste stejné nebo podobné **onemocnění** v minulosti?

Pokud ano, uveďte popis a datum předchozího **úrazu** či **onemocnění**:

ano

ne

Pokud Vám byla přiznána invalidita, uveďte datum vzniku invalidity, stupeň invalidity a důvod (základní diagnóza dle Posudku o invaliditě SSZ):

ano

ne

Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře, telefon, email:

Jména a adresy odborných lékařů, kteří Vás vyšetřovali v souvislosti s nynějším **úrazem** či **onemocněním** (telefon, email):

Máte uzavřenu pojistnou smlouvu životního, úrazového nebo cestovního pojištění ještě u jiné pojišťovny?

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, typ pojištění, 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. Další informace o zpracování osobních údajů jsou v Oznámení o ochraně osobních údajů MetLife u pojišťovacích zprostředkovatelů nebo na stránkách www.metlife.cz, pod odkazem ochrana osobních informací.

Podpis pojištěného

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

Datum

Doplňující údaje

Pokyny pro osobu uplatňující nárok

Odpovězte úplně na všechny dotazy v tomto formuláři (1a)

Druhý formulář (1b) předejte po ukončení léčby k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři.

K vyplněným formulářům přiložte

- kopii lékařské zprávy o ošetření bezprostředně po úrazu nebo prvních příznacích nemoci
- kopii lékařské zprávy s popisem provedeného zákroku
- kopii kompletní propouštěcí zprávy z nemocnice (z každé hospitalizace)
- kopii policejního protokolu o vyšetřování nehody (pokud událost vyšetřovala policie)
- při uplatnění nároku z pojištění pro případ pracovní neschopnosti též kopii potvrzení o pracovní neschopnosti, kopii záznamů o průběhu léčby (z kontrol), doklad o výši hrubého nebo čistého příjmu (podle pojistných podmínek daného pojištění), doklad o zaplacení pojistného za nemocenské pojištění po dobu 3 měsíců před vznikem pracovní neschopnosti (OSVČ i po dobu trvání pracovní neschopnosti), kopii živnostenského listu
- při uplatnění nároku na zproštění od placení pojistného a z **přípojištění invalidity** kopii rozhodnutí SSZ o přiznání invalidního důchodu a kopii Posudku o invaliditě

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

Detailní informace k procesu hlášení pojistné události najdete v naší brožurce ZDE.