

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

