MetLife

Poistné hlásenie

Vyhlásenie osoby uplatňujúcej si nárok z poistenia nedobrovoľnej straty zamestnania

Pozor - neprehliadnite!!! Odpovedzte, prosím, na všetky otázky v tomto vyhlásení. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte. V prípade nedostatku miesta napíšte, prosím, odpoveď na čistý list a priložte ho k tomuto formuláru. Vyplnený formulár spolu so všetkými dokumentami týkajúcimi sa poistného hlásenia doručte čo najskôr poisťovateľovi na adresu našej spoločnosti. Úplné a včasné dokladovanie urýchli vybavenie Vašej žiadosti.

1. Meno a priezvisko poisteného (aj rodné):

2. Dátum narodenia poisteného: Rodné číslo:

3. Čísla všetkých poistných zmlúv uzavretých s našou spoločnosťou (uveďte čísla poistiek):

4. Adresa poisteného:
   a) trvalého bydliska:
   PSČ: Obec: Ulica, č.: Tel.:
   b) prechodného bydliska, resp. korešpondenčná adresa:
   PSČ: Obec: Ulica, č.: Tel.:

5. Posledné zamestnanie:
   a) názov a adresa zamestnávateľa:
   b) popis pracovnej náplne:

6. Doba trvania pracovného pomeru od: do:

7. Pracovný čas: hod/týždeň

8. Pracovná zmluva bola uzavretá: ☐ na dobu určitú ☐ na dobu neurčitú

9. Bol Váš pracovný pomer ukončený počas skúšobnej doby?: ☐ áno ☐ nie

10. Dôvod ukončenia pracovného pomeru.

Predložením tohto Poistného hlásenia poisťovateľovi si uplatňujem nárok na poistné plnenie a vyhlasujem, že na všetky otázky v tomto Poistnom hlásení som odpovedal/a úplne pravdivo podľa môjho najlepšieho vedomia a svedomia. Som si vedomý/á toho, že ak uvediem nepravdivé a/alebo neúplné informácie týkajúce sa splnenia podmienok na poskytnutie poistného plnenia, môžem byť vystavený/á trestnému stíhaniu za pokus o trestný čin poisťovacieho podvodu, resp. za trestný čin poisťovacieho podvodu v zmysle príslušných ustanovení Trestného zákona. Som si vedomý/á toho, že uplatnenie nároku týmto Poistným hlásením nezakladá automaticky právo na výplatu plnenia z poistnej zmluvy. Beriem na vedomie, že poisťovateľ spracúva osobné údaje („OÚ“) na základe zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení, ktorý je právnym základom spracúvania OÚ. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie je povinná poskytnúť poisťovateľovi OÚ uvedené v tomto dokumente alebo neskôr požadované poisťovateľom. Neposkytnutie takýchto OÚ poisťovateľovi môže mať za následok nemožnosť výplaty poistného plnenia osobám určeným v tomto tlačive. Informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov („GDPR“) a zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov („ZOOÚ“) sú splnené poisťovateľom uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie berie na vedomie a súhlasí s tým, že všetky informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z GDPR a ZOOÚ, môžu byť splnené poisťovateľom aj uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie sa zaväzuje poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ. Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie vyhlasuje, že osobné údaje iných dotknutých osôb poskytla v súlade s GDPR a ZOOÚ a disponuje písomným súhlasom každej takejto dotknutej osoby s poskytnutím alebo sprístupnením jej osobných údajov poisťovateľovi, pričom táto bola resp. bude v lehote vyžadovanej GDPR oboznámená s informáciami o spracúvaní jej OÚ uvedenými na webovom sídle poisťovateľa. Súhlas vie osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie v prípade potreby poisťovateľovi preukázať.

Poistné plnenie žiadam vyplatiť:

na bankový účet, číslo účtu v tvare IBAN:

názov a adresa peňažného ústavu:

názov účtu/meno majiteľa účtu:

(V prípade výplaty plnenia na bankový účet si poisťovateľ z dôvodu ochrany Vašich finančných prostriedkov, vyhradzuje právo v niektorých prípadoch písomne požiadať príjemcu plnenia o overenie jeho podpisu notárom.)

Meno a priezvisko osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

Rodné číslo

V

Dňa:

Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

MetLife Europe Insurance d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 091, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, Oddiel: Po, Vložka č.: 2698/B, organizačná zložka MetLife Europe Insurance designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 472350 (ďalej aj „poisťovateľ"). Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk.

CL_PH_ILOE_018/01_0825/0827