

Příloha k návrhu na uzavření pojistné smlouvy o životním pojištění



Garde číslo návrhu:

Pojišťovna: MetLife pojišťovna a.s., V Celnici 1028/10, 117 21 Praha 1, Česká republika, zapsaná v OR vedeném MS v Praze, oddíl B, vložka 1653, IČ 45794944
VYPLŇTE, PROSÍM, VEŠKERÉ ÚDAJE HŮLKOVÝM PÍSMEM NEBO ZAŠKRTNĚTE TÍMTO ZPŮSOBEM: ☐
Veškeré informace poskytnuté v tomto formuláři jsou důvěrné a budou použity pouze pojišťovnou (správcem) a smluvními partnery (zpracovateli). **Oprava uvedených údajů je možná jen s připojením podpisu pojistníka/příslušného pojištěného k opravenému údaji.**
V případě nedostatku místa přiložte samostatný list papíru podepsaný pojistníkem a příslušným pojištěným s uvedením čísla návrhu.

Dítě pojištěné: do dne před výročí bezprostředně následujícím po jeho narozeninách
(není-li vyplněna, stanoví se dle ZPP do dne před výročí bezprostředně následujícím po 25. narozeninách nebo do konce hlavní pojistné doby, je-li kratší)
Zákonný zástupce pojištěných dětí (není-li uveden, je jím pojistník): ☐ hlavní pojištěný ☐ vedlejší pojištěný ☐ jiná osoba* ☐ pojistník Asistenční služby** **ZDARMA**

	Jméno/a	Příjmení	Rodné číslo	Datum narození	Muž	Žena
1					☐	☐
2					☐	☐
3					☐	☐
4					☐	☐
5					☐	☐

Připojištění/Pojistná částka/Denní dávka	1. dítě	2. dítě	3. dítě	4. dítě	5. dítě
TNUP 500 % od 0,5 %	Kč	Kč	Kč	Kč	Kč
NU	Kč	Kč	Kč	Kč	Kč
ZOD	Kč	Kč	Kč	Kč	Kč
CHZ	Kč	Kč	Kč	Kč	Kč
H	Kč	Kč	Kč	Kč	Kč
O	Kč	Kč	Kč	Kč	Kč
DNL s progresí	Kč	Kč	Kč	Kč	Kč

* Vypíšte také formulář Identifikace zákonného zástupce.
** Informace k asistenčním službám naleznete na internetových stránkách pojišťovna www.metlife.cz

PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

- 1. Uzavírá-li pojistnou smlouvu osoba ode mě odlišná, souhlasím s tímto pojištěním. Souhlasím, aby v případě mé smrti bylo pojistné plnění vyplaceno obmyšlenému uvedenému v pojistné smlouvě a dále, aby případné odkupné bylo poskytnuto pojistníkovi.
- 2. Souhlasím se zpracováním mých citlivých osobních údajů. Rozsah, účel, doba zpracování a další potřebné údaje jsou uvedeny v Informacích k pojištění.
- 3. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé osoby v rozsahu stanoveném pojišťovnou, které bude provedeno poskytovatelem zdravotnických služeb určeným pojišťovnou.
- 4. Souhlasím s tím, aby pojišťovna získávala a ověřovala informace týkající se mého zdravotního stavu u jiné pojišťovny, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním, úrazovém či jiném souvisejícím pojištění a tuto jinou pojišťovnu zprošťuji povinnosti mlčenlivosti.
- 5. Zmocňuji pojišťovnu k nahlížení do spisů a pořizování jejich kopií a výpisů u orgánů veřejné správy a dalších subjektů, týkajících se škodných událostí, včetně dokladů o příčině smrti.
- 6. Zmocňuji pojišťovnu nebo jí pověřená zdravotnická zařízení k tomu, aby ověřovali informace o mém zdravotním stavu a vyžadovali si jejich zaslání, včetně příslušné zdravotnické dokumentace a lékařské zprošťuji povinnosti mlčenlivosti, a to i po mé smrti. Beru na vědomí, že pojišťovna zjišťuje uvedené informace za účelem stanovení výše pojistného rizika, výše pojistného a šetření pojistné události.
- 7. Kopie tohoto prohlášení má stejnou platnost jako originál.

☐ Nesouhlasím s využitím své korespondenční adresy, e-mailové adresy a telefonního čísla pro potřeby zaslání obchodních či jiných sdělení pojišťovny.
Beru na vědomí, že podpisový vzor slouží k ověření totožnosti při pozdější identifikaci.

	Datum	Podpis <i>(podpisový vzor)</i>	Totožnost ověřena dle OP/pasu				
			Číslo OP/pasu	Datum vydání	Vydal <i>(vypíšte přesně dle dokladu)</i>	Platnost do	Podepsáno v
Pojistník							
1. pojištěné dítě (zákonný zástupce)							
2. pojištěné dítě (zákonný zástupce)							
3. pojištěné dítě (zákonný zástupce)							
4. pojištěné dítě (zákonný zástupce)							
5. pojištěné dítě (zákonný zástupce)							

Pouze pro účely MetLife pojišťovny a.s.
Spolupracovník pojišťovacího zprostředkovatele (poradce) potvrzuje, že ověřil údaje pojistníka a každého pojištěného uvedené v návrhu za jejich fyzické přítomnosti podle průkazů totožnosti a že fotografie v průkazech odpovídají jejich podobě.

Číslo

Jméno poradce

Telefon

E-mail

Podpis

14/05 M PRILOHA DETI NAVRH GARDE 3.0