

Příloha k návrhu číslo:
na uzavření pojistné smlouvy o životním pojištění
Garde ve vztahu k vedlejšímu pojištěnému

Vedlejší pojištěný	☐ Pan ☐ Paní ☐ Slečna ☐ Jsem PEP ¹ Titul Státní příslušnost ² Místo narození ³
	Jméno/a Příjmení Telefon
	Rodné číslo Datum narození E-mail
	Bydliště Obec PSČ
	Vedlejší pojištěný je: ☐ zaměstnanec ☐ OSVČ s nem. pojištěním ☐ OSVČ bez nem. pojištění Příjem ⁴ Kč
	Korespondenční adresa Obec PSČ

METLIFE FAIR pro vedlejšího pojištěného	Zaměstnání – popis (pracovní zařazení)
	☐ Nekuřák <i>Nekuřák – vedlejší pojištěný není a nebyl aktivním konzumentem nikotinu během předchozích 36 měsíců v jakémkoli množství a podobě (cigarety, doutníky, dýmky, e-cigarety, žvýkáci tabák a podobně).</i>
	☐ PREVENCE Praktický lékař <i>PREVENCE: vedlejší pojištěný pravidelně absolvuje preventivní prohlídky (1x za 24 měsíců) u praktického lékaře. Vyplňte jméno, adresu a telefon praktického lékaře.</i>
	☐ PREVENCE PLUS Gynekolog/urolog <i>PREVENCE PLUS: vedlejší pojištěný pravidelně absolvuje preventivní prohlídky (1x za 12 měsíců) u gynekologa nebo prohlídky (1x za 12 měsíců) u urologa. Vyplňte jméno, adresu a telefon gynekologa/urologa.</i>
<i>Vedlejší pojištěný je povinen pravdivě a úplně odpovědět na všechny výše uvedené písemné dotazy pojišťovny týkající se jeho zaměstnání, kouření, prevence a dále oznámit pojišťovně všechny změny zaměstnání, kouření a prevence, ke kterým dojde v období od podpisu tohoto návrhu do ukončení pojistné smlouvy. Porušení této povinnosti může mít za následek přiměřené snížení nebo odmítnutí výplaty pojistného plnění.</i>	

Pojištění	Pevná složka pojistné částky	Ročně lineárně klesající složka pojistné částky
	Pojistná částka pro případ smrti Kč na let ⁵ Kč na let ⁵	
	Roční pozůstalostní penze s výplatou do konce sjednané pojistné doby Kč na let ⁵ (roční pozůstalostní penze) nebo s výplatou po dobu ☐ 5 let ☐ 10 let ☐ 15 let ☐ 20 let ☐ 25 let	

Připojištění	☐ Já, vedlejší pojištěný, prohlašuji, že netrpím: epilepsií, cukrovkou I. typu, závažným onemocněním srdce, cévními chorobami, závislostí na alkoholu nebo drogách, úplnou ztrátou sluchu nebo zraku nebo fyzickou ztrátou končetiny a současně nejsem úplně trvale invalidní, netrpím psychickými nebo duševními chorobami nebo funkčními poruchami nebo úplnou a trvalou ztrátou schopnosti vykonávat životně důležité každodenní činnosti bez pomoci jiné osoby. Pojistné plnění nebude vyplaceno pokud k úrazu došlo před počátkem pojištění. Výplata pojistného plnění bude snížena pokud se úraz týká části těla (orgánu, končetiny nebo její části), která byla poškozena již před úrazem. Pojišťovna pojistné plnění sníží v poměru k rozsahu těchto předcházejících tělesných poškození. Prohlášení se vztahuje na tučně označená připojištění níže, pokud pojistná částka/denní dávka nepřevyší pojišťovnou stanovené limity.		
	Úrazové balíčky: ☐ Balíček s DNL ☐ Balíček s NU	Pevná složka pojistné částky	Ročně lineárně klesající složka pojistné částky
	Náhlé smrti (NS) ☐ Smrti úrazem (SU) (75)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Trvalých následků úrazu s progresí (TNUP) 850 % min. ohodnocení 0,5 % (75)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Trvalých následků úrazu s progresí (TNUP) 850 % min. ohodnocení 10 % (75)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Následků úrazu (NU) (75)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Invalidity 1+2+3 (I1+) (65)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Invalidity 1+2+3 (I1+) – měsíční invalidní penze s navýšením 3 % ročně (65)	 Kč na let ⁵	(měsíční invalidní penze)
	Invalidity 2+3 (I2+) (65)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Invalidity 2+3 (I2+) – měsíční invalidní penze s navýšením 3 % ročně (65)	 Kč na let ⁵	(měsíční invalidní penze)
	Invalidity 3 (I3) (65)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Invalidity 3 (I3) – měsíční invalidní penze s navýšením 3 % ročně (65)	 Kč na let ⁵	(měsíční invalidní penze)
	Závažných onemocnění Standard Plus (ZO3) (65)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Karcinomu in situ (KS) ☐ M ☐ F <i>PČ musí být nižší nebo rovna 25 % PČ pro ZO3</i> (60)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Chirurgického zákroku (CHZ) (60)	 Kč na let ⁵	 Kč na let ⁵
	Doby nezbytné léčby úrazu (DNL) s progresí (65)	 Kč na let ⁵	(denní dávka)
	Hospitalizace (H) (75)	 Kč na let ⁵	(denní dávka)
Pracovní neschopnosti (PN) (65)	 Kč na let ⁵	(denní dávka)	
☐ s odkladnou dobou 28 dnů ☐ s odkladnou dobou 56 dnů ☐ s odkladnou dobou 28 dnů a s výplatou zpětně od 1. dne			

Obmyšlené osoby	Nebudou-li obmyšlené osoby v případě smrti vedlejšího pojištěného určeny, budou stanoveny podle § 2831 zákona č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník. Uveďte tak, aby součet byl 100 %.
	Jméno a příjmení/název právnické osoby Datum narození/IČ Podíl (v celých %) %
	 %



A165_GA_elp_3.0/0514

PROHLÁŠENÍ VEDLEJŠÍHO POJIŠTĚNÉHO O ZDRAVOTNÍM STAVU

Vedlejší pojištěný je povinen pravdivě a úplně odpovědět na všechny níže uvedené písemné dotazy pojišťovny týkající se jeho zdravotního stavu a dále oznámit pojišťovně všechny změny zdravotního stavu, ke kterým dojde v období od podpisu tohoto prohlášení o zdravotním stavu do uzavření pojistné smlouvy. Porušení této povinnosti může mít za následek přiměřené snížení nebo odmítnutí výplaty pojistného plnění a/nebo odstoupení od pojistné smlouvy.

Jméno, adresa a telefon Vašeho současného praktického lékaře, u kterého jste registrován(a): Rok, měsíc a důvod poslední návštěvy:

V případě, že jste sledován(a) a/nebo léčen(a) u jednoho nebo více specialistů, uveďte, prosím, jejich jména, adresy a telefonní čísla v tabulce níže.

Výška cm Hmotnost kg Pokud se Vaše hmotnost změnila v posledním roce o více než 4 kg, uveďte, zda se zvýšila či snížila (+/-), o kolik kg a důvod (změna zaměstnání, důsledek onemocnění a/nebo léčby, cílená změna hmotnosti apod.)

Pokud kouříte, uveďte kolik ks/den a jak dlouho let. Pokud již nekouříte, uveďte, jak dlouho let, jak dlouho jste kouřil(a) let a kolik ks/den.

Pokud požíváte alkoholické nápoje, uveďte svou průměrnou týdenní spotřebu a druh (např. 0,4 l vína apod.)

Standardní prohlášení	Zkrácené prohlášení	V případě, že na kterýkoli z dotazů odpovíte kladně, uveďte níže číslo dotazu a podrobnosti (diagnózu, název a dávky léků, typ operace, důvody snížení pracovní schopnosti, následky úrazu, ošetřující lékař (jméno, adresa a telefonní číslo apod.)).		Ano	Ne	c) onemocněním ledvin a močových cest, nebo nemoci a zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů, prsů, vaječníků, prostaty	☐	☐
		1. Jste v současné době v pracovní neschopnosti, nebo jste na něco léčen(a), vyšetřován(a) nebo užíváte nějaké léky pro jakékoliv zdravotní obtíže?	☐	☐	d) poruchy metabolismu: cukrovka (diabetes), zvýšené hodnoty cukru, tuků (cholesterol, triglyceridy), poruchy funkce štítné žlázy, dna, jiné poruchy žláz s vnitřní sekrecí nebo metabolismu apod.		☐	☐
		2. Pobíráte jakýkoliv invalidní důchod nebo jste jej v minulosti pobíral(a) či probíhá řízení o přiznání invalidního důchodu? Pokud ano, uveďte od kdy, druh důchodu, pro jaké onemocnění/úraz?	☐	☐	e) nemoci krve, mizních uzlin a poruchy imunity: anémie (chudokrevnost), leukemie, lymfomy, změny krevního obrazu, AIDS a/nebo HIV pozitivita, opakované záněty apod.		☐	☐
		3. Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 5 letech nebo Vám bylo v tomto období doporučeno užívání léků?	☐	☐	f) nemoci oční, ušní, krční a smyslových orgánů: krátkozrakost, dalekozrakost (uveďte počet dioptrií), slepota (i částečná), nedoslýchavost, hluchota apod.		☐	☐
		4. Byl(a) jste někdy vyšetřován(a), sledován(a), léčen(a) nebo léčba byla doporučena pro níže uvedené zdravotní potíže:			g) jakékoli nemoci kožní: ekzém, lupénka, bércové vředy apod.		☐	☐
		a) onemocnění nebo úrazy svalového nebo kosterního systému (kosti, klouby, svaly, vazy, šlachy, bolesti páteře, ortopedické vady, revmatismus, osteoporóza, artritida, artróza apod.?	☐	☐	h) neurologické poruchy: bolesti hlavy, migréna, závratě, ztráta vědomí, epilepsie, poruchy hybnosti, vnímání, mluvení nebo porozumění řeči, cévní mozková příhoda (mrtvice), ochrnutí, roztroušená skleróza, demence, kolaps apod.		☐	☐
		b) duševní (psychické, psychiatrické) choroby, úzkostné stavy, deprese, pokus o sebevraždu, alkoholovou, drogovou nebo jakoukoli jinou závislost?	☐	☐	i) nádorová onemocnění: rakovina a jiné zhoubné i nezhoubné nádory, např. cysty, myomy, adenomy, lipomy apod.		☐	☐
		c) onemocnění srdce, cévní onemocnění, cukrovku, neurologické poruchy (např. Epilepsie, mrtvice, roztroušená skleróza), onemocnění plic, ledvin, jater, nádorové onemocnění, nemoci trávicího traktu, nemoci pohlavních orgánů?	☐	☐	j) máte jakékoliv zdravotní problémy, jako jsou např. zvracení, průjemy, nechutenství, hubnutí, bolesti břicha, křeče v břiše? Plánujete v blízké době nějaké/á lékařské/á vyšetření a/nebo očekáváte výsledky takových vyšetření? Pokud ano, uveďte veškeré podrobnosti.		☐	☐
		d) jiná zdravotní postižení, zdravotní omezení, vrozené vady?	☐	☐	7. Utrpěl(a) jste v minulosti nějaký úraz? Pokud ano, uveďte: – rok úrazu a druh poranění (např. zlomenina, podvrtnutí apod.) – poraněnou část těla (u párových orgánů postiženou stranu) – rozsah trvalých následků (např. omezená hybnost, zkrácení končetiny, nestabilita kloubu apod.)		☐	☐
		5. Byl(a) jste v posledních 5 letech v pracovní neschopnosti, léčen, případně vyšetřován(a) pro onemocnění nebo úraz po dobu delší než 3 týdny, případně užíval jste pravidelně nějaké léky?	☐	☐	8. Měl nebo má Váš otec, matka nebo sourozenci před 60. rokem věku některou z těchto chorob: cukrovku, vysoký krevní tlak, srdeční chorobu, cévní mozkovou příhodu, rakovinu, duševní (psychickou, psychiatrickou) chorobu nebo jinou dědičnou chorobu?		☐	☐
		6. Byl(a) jste někdy vyšetřován(a), sledován(a), léčen(a) nebo léčba byla doporučena pro níže uvedené zdravotní potíže:						
		a) vysoký krevní tlak, Infarkt myokardu, bolesti na hrudi, srdeční šelest, revmatická horečka, embolie, trombóza, záněty žil nebo jiné onemocnění srdce nebo oběhového systému	☐	☐				
b) onemocnění plic a dýchacích cest nebo jakékoli respirační choroby	☐	☐						

Doplňující informace	V případě, že na kterýkoli z dotazů odpovíte kladně, uveďte níže číslo dotazu a podrobnosti (např. název pojišťovny, produkty, pojistné částky, v případě sportu jaký, na jaký úrovni, apod.).		Ano	Ne	4. Provozujete pravidelně nějaký sport (např. rekreačně/amatérsky/profesionálně, regionální soutěže/celostátní soutěže/mezinárodní soutěže)?	☐	☐
	1. Máte podán návrh na uzavření nebo uzavřené pojistné smlouvy životního, úrazového nebo invalidního pojištění nebo pojištění pro případ pracovní neschopnosti s jinou pojišťovnou?	☐	☐	5. Trávíte volný čas aktivitami, které jsou obecně pokládány za nebezpečné (např. potápění, horolezectví, letectví, tzv. adrenalinové sporty apod.)? Pokud ano, vyplňte příslušný formulář vydaný pojišťovnou.		☐	☐
	2. Odmítla s Vámi někdy některá pojišťovna uzavřít výše uvedené pojištění nebo Vám bylo nabídnuto za jiných/nestandardních podmínek (např. za zvýšené pojistné oproti navrhovanému, s omezením pojistného krytí atd.)?	☐	☐	6. Předpokládáte, že budete v budoucnu dlouhodobě pobývat mimo území států Evropské unie?		☐	☐
	3. Obdržel(a) jste, nebo máte nyní zažádáno, nebo budete žádat u některé pojišťovny pojistné plnění za již prodělaný úraz?	☐	☐				

Uveďte podrobné informace ke kladným odpovědím:

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.	5. Zmocňuji pojišťovnu k nahlížení do spisů a požívání jejich kopií a výpisů u orgánů veřejné správy a dalších subjektů, týkajících se škodných událostí, včetně dokladů o příčině smrti.
	2. Souhlasím se zpracováním mých citlivých osobních údajů. Rozsah, účel, doba zpracování a další potřebné údaje jsou uvedeny v Informacích k pojištění.	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 lékaře zprostředkují 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.
	3. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé osoby v rozsahu stanoveném pojišťovnou, které bude provedeno poskytovatelem zdravotnických služeb určeným pojišťovnou.	7. Kopie tohoto prohlášení má stejnou platnost jako originál.
	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.	
	☐ Nesouhlasím s využitím své korespondenční adresy, e-mailové adresy a telefonního čísla pro potřeby zasílání obchodních či jiných sdělení pojišťovny. Beru na vědomí, že podpisový vzor slouží k ověření totožnosti při pozdější identifikaci.	

Podpisy	Datum		Podpis (podpisový vzor)	Číslo OP/pasu	Totožnost ověřena dle OP/pasu Datum vydání Vydal (vyplňte přesně dle dokladu)		Platnost do	Podepsáno v
	Vedlejší pojištěný							
	Řádně a úplně vyplněný návrh podepsaný pojistníkem a pojištěným musí být pojišťovně doručen do 1 měsíce od jeho podpisu pojistníkem a pojištěným a je závazný po dobu 3 měsíců ode dne jeho doručení pojišťovně; nebude-li během této lhůty pojišťovnou přijat, pozbývá platnosti a pojistná smlouva není uzavřena.							
	Pouze pro účely MetLife pojišťovny a.s. Spolupracovník pojišťovnictví zprostředkovatele (poradce) potvrzuje, že ověřil údaje pojistníka a 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				

Vyplňte, prosím, veškeré údaje hůlkovým písmem nebo zaškrtněte tímto způsobem:

Veškeré informace poskytnuté v tomto formuláři (dále také jen „návrh“) jsou důvěrné a budou použity pouze pojišťovnou (správcem) a smluvními partnery (zpracovateli). V případě nedostatku místa přiložte samostatný list papíru podepsaný pojistníkem a příslušným pojištěným s uvedením čísla návrhu. Oprava uvedených údajů je možná jen s připojením podpisu pojistníka/příslušného pojištěného k opravenému údaji.

Politicky exponovanou osobou se dle znění zákona k 1. 4. 2014 rozumí

- a) fyzická osoba, která je ve významné veřejné funkci s celostátní působností, jako je například hlava státu nebo předseda vlády, ministr, náměstek nebo asistent ministra, člen parlamentu, člen Nejvyššího soudu, Ústavního soudu nebo jiného vyššího soudního orgánu, proti jehož rozhodnutí obecně až na výjimky nelze použít opravné prostředky, člen účetního dvora, člen vrcholného orgánu centrální banky, vysoký důstojník v ozbrojených silách nebo sborech, člen správního, řídícího nebo kontrolního orgánu podniku ve vlastnictví státu, velvyslanec nebo chargé d'affaires, nebo fyzická osoba, která obdobné funkce vykonává v orgánech Evropské unie nebo jiných mezinárodních organizací, a to po dobu výkonu této funkce a dále po dobu jednoho roku po ukončení výkonu této funkce, a která

1. má bydliště mimo Českou republiku, nebo
 2. takovou významnou veřejnou funkci vykonává mimo Českou republiku,
- b) fyzická osoba, která

1. je k osobě uvedené v písmenu a) ve vztahu manželském, partnerském anebo v jiném obdobném vztahu nebo ve vztahu rodičovském,
 2. je k osobě uvedené v písmenu a) ve vztahu syna nebo dcery nebo je k synovi nebo dceři osoby uvedené v písmenu a) osobou ve vztahu manželském (zeťové, snachy), partnerském nebo v jiném obdobném vztahu,
 3. je společníkem nebo skutečným majitelem stejné právnické osoby, popřípadě svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cizího právního řádu, jako osoba uvedená v písmenu a), nebo je o ní povinné osobě známo, že je v jakémkoli jiném blízkém podnikatelském vztahu s osobou uvedenou v písmenu a), nebo
 4. je skutečným majitelem právnické osoby, popřípadě svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cizího právního řádu, o kterém je známo, že bylo vytvořeno ve prospěch osoby uvedené v písmenu a).

Informace o klientovi podle zákona č. 253/2008 Sb.

MetLife pojišťovna a.s. je podle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, povinnou osobou. Povinná osoba je podle § 9 tohoto zákona povinna provádět kontrolu klienta.

Kontrola klienta podle tohoto zákona zahrnuje:

- Získání informací o účelu a zamýšlené povaze obchodu nebo obchodního vztahu.
- Přezkoumávání zdrojů peněžních prostředků (použitých při obchodní transakci).
- Získání informací potřebných pro průběžné sledování obchodního vztahu včetně přezkoumávání obchodů prováděných v průběhu daného obchodního vztahu. Cílem je zjistit, zda uskutečňované obchody jsou v souladu s tím, co povinná osoba ví o klientovi a jeho podnikatelském a rizikovém profilu. U právnické osoby je povinná osoba povinna zjistit skutečného majitele.

Pojistná částka/denní dávka pro jednotlivá krytí	Balíček s DNL	Balíček s NU
Smrt úrazem (SU)	200 000 Kč	200 000 Kč
Trvalé následky úrazu s progresí (TNUP) 850 % od 0,5 %	1 000 000 Kč	1 000 000 Kč
Následky úrazu (NU)	–	200 000 Kč
Doba nezbytné léčby úrazu (DNL) s progresí	200 Kč	–
Hospitalizace (H)	200 Kč	200 Kč

V případě, že je pojistník a/nebo pojištěný nezletilý, vyplňte formulář Identifikace zákonného zástupce.

¹ Politicky exponovaná osoba – ve smyslu § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Pro účely tohoto právního vztahu se prohlášení pojistníka a/nebo pojištěného o existenci/neexistenci statusu PEP vztahuje i na období 1 roku přede dnem podpisu návrhu.

² V případě, že máte více jak jednu státní příslušnost vyplňte speciální formulář. V případě, že je státní příslušnost ČR není potřeba vyplňovat.

³ Vyplňte stát a místo narození.

⁴ Příjem vyplňte v případě požadavku na prokazování příjmu nebo pokud celková roční splátka běžného pojistného přesahuje 40 000 Kč/rok. U zaměstnance se jedná o celkový pracovní příjem od všech zaměstnavatelů včetně prémie, jiných příplatků a hodnoty nepeněžitých příjmů za předchozí zdaňovací období; u OSVČ výsledek hospodaření (zisk, ztráta) nebo rozdíl mezi příjmy a výdaji za předchozí zdaňovací období.

⁵ Počet let, po jejichž uplynutí bude příslušná složka pojistné částky snížena na nulu (resp. počet let, po které klesající složka pojistné částky k nule) – min. 10 let, max. hlavní pojistná doba uvedená nad tabulkou. U připojištění se jedná o pojistnou dobu pro příslušné připojištění – min. 10 let, max. do 60/65/75 let (dle informace uvedené v závorce u každého připojištění) věku pojištěného, max. však hlavní pojistná doba. Nebude-li vyplněna, bude připojištění sjednáno na maximální možnou pojistnou dobu.