

POISŤOVATEĽ:

MetLife Europe 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: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel:
Po, Vložka č.: 2699/B
organizačná zložka MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch
Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko
zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123

POISTNÍK:

Jaguar Land Rover Slovakia s.r.o.
Vysoká 2/B, 811 06 Bratislava
Zapísaná v Obch. registri Okr. súdu Bratislava I,
Oddiel: Sro, Vložka číslo: 106220/B
IČO: 48 302 392, DIČ: 2120125381, IČ DPH: SK2120125381
(ďalej aj „poistník“)

URČENIE OPRÁVNENÝCH OSÔB

Poistná zmluva č. **400.175** a č. **200.548**

Prosím, vyplňte nižšie požadované údaje:

1. POISTENÝ:

Meno a priezvisko				Pohlavie	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Dátum narodenia					
Adresa (ulica, mesto, PSČ)					
	Tel. č. - práca	Tel. č. - domov	Mobil	E-mail	

Poistený svojím podpisom na tejto listine súhlasí s poistením v jeho prospech dojednávanej na základe vyššie uvedenej poistnej zmluvy medzi poisťovateľom a poistníkom a potvrdzuje, že sa oboznámil s poistnými podmienkami poisťovateľa, ktoré sa vzťahujú na uvedenú poistnú zmluvu.

2. OPRÁVNENÉ OSOBY:

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Vzťah k poistenému*	Podiel na plnení (%)
.....
.....
.....

*v čase určenia oprávnenej osoby

V prípade, že oprávnená osoba nebude určená, poistné plnenie v prípade smrti poisteného bude vyplatené v zmysle príslušných ustanovení Občianskeho zákonníka v platnom znení. V prípade, ak je určených viac oprávnených osôb, súčet jednotlivých podielov na plnení musí byť 100%; v opačnom prípade budú jednotlivé podiely na plnení upravené pomerným spôsobom tak, aby ich súčet zodpovedal 100%.

3. VYHLÁSENIE:

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. Poistený je povinný 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, v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov. Poistený 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, v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov. Poistený sa zaväzuje poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ. Poistený vyhlasuje, že osobné údaje iných dotknutých osôb poskytol 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 poistený v prípade potreby poisťovateľovi preukázať.

V dňa Podpis poisteného:

4. POTVRDENIE POISTNÍKA (ZAMESTNÁVATEĽA) A SÚHLAS POISTNÍKA S URČENÍM OPRÁVNENEJ OSOBY POISTENÝM:

Dátum nástupu do zamestnania: Dátum prihlásenia do tohto poistenia:

Poistná suma pre prípad smrti tohto poisteného je stanovená ako 24-násobok hrubej mesačnej mzdy poisteného, dohodnutej v pracovnej zmluve, resp. v jej dodatkoch, ktorá ku dňu začiatku poistenia predstavuje 24 x EUR, čo spolu predstavuje EUR.

Názov pracovnej pozície:

Správnosť a úplnosť údajov potvrdil a súhlasí s určením oprávnenej osoby poisteným:

.....
(obchodné meno poistníka, meno, priezvisko, pozícia a podpis oprávneného zástupcu poistníka)

INŠTRUKCIE PRE ZAMESTNANCOV:

V PRÍPADE ZÁUJMU O ŽIVOTNÉ A ÚRAZOVÉ POISTENIE:

1	Vyplňte formulár Určenie oprávnených osôb , ktorý nájdete buď v Zamestnaneckom centre alebo na Zamestnanecký portál .
2	Vyplňte časť 1, 2 a 3.
3	V časti 2 uvediete oprávnenú/é osobu/y. Sú to tie osoby, ktoré v prípade smrti zamestnanca dostanú vyplatené poistné plnenie. Pozor, nezabudnite uviesť podiel na plnení. Celkový podiel musí byť 100% .
4	Podpíšte formulár.
5	Formulár vložte do obálky, ktorá sa nachádza v Zamestnaneckom centre najneskôr do 20. kalendárneho dňa v mesiaci ináč bude vaša žiadosť spracovaná v nasledujúcom nahlasovacom období.
6	Na obálke vyznačte požadovaný spôsob vrátenia, kvôli doručeniu poistného certifikátu, ktorý HR Direct obdrží na konci nasledujúceho mesiaca zo spoločnosti MetLife (buď adresou, ktorú uvediete na obálke alebo internou poštou).

V PRÍPADE ZMENY OPRAVŇENÝCH OSÔB O ŽIVOTNÉ A ÚRAZOVÉ POISTENIE:

1	Vyplňte formulár Určenie oprávnených osôb , ktorý nájdete buď v Zamestnaneckom centre alebo na Zamestnanecký portál .
2	Do práveho horného rohu uveďte ZMENA .
3	Vyplňte časť 1, 2 a 3.
4	V časti 2 uvediete oprávnenú/é osobu/y. Sú to tie osoby, ktoré v prípade smrti zamestnanca dostanú vyplatené poistné plnenie. Pozor, nezabudnite uviesť podiel na plnení. Celkový podiel musí byť 100% .
5	Podpíšte formulár.
6	Formulár vložte do obálky, ktorá sa nachádza v Zamestnaneckom centre najneskôr do 20. kalendárneho dňa v mesiaci ináč bude vaša žiadosť spracovaná v nasledujúcom nahlasovacom období.
7	Na obálke vyznačte požadovaný spôsob vrátenia, kvôli doručeniu poistného certifikátu, ktorý HR Direct obdrží na konci nasledujúceho mesiaca zo spoločnosti MetLife (buď adresou, ktorú uvediete na obálke alebo internou poštou).

Poznámka: Zmeny osobných údajov nemusíte nahlasovať.

V PRÍPADE ZRUŠENIA ŽIVOTNÉHO A ÚRAZOVÉHO POISTENIA:

1	Vyplňte formulár Určenie oprávnených osôb , ktorý nájdete buď v Zamestnaneckom centre alebo na Zamestnanecký portál .
2	Do práveho horného rohu uveďte ZÁNIK .
3	Vyplňte časť 1, 2 a 3.
4	V časti 2 uvediete oprávnenú/é osobu/y. Sú to tie osoby, ktoré v prípade smrti zamestnanca dostanú vyplatené poistné plnenie. Pozor, nezabudnite uviesť podiel na plnení. Celkový podiel musí byť 100% .
5	Podpíšte formulár.
6	Formulár vložte do obálky, ktorá sa nachádza v Zamestnaneckom centre najneskôr do 20. kalendárneho dňa v mesiaci ináč bude vaša žiadosť spracovaná v nasledujúcom nahlasovacom období.
7	Na obálke vyznačte požadovaný spôsob vrátenia, kvôli doručeniu poistného certifikátu, ktorý HR Direct obdrží na konci nasledujúceho mesiaca zo spoločnosti MetLife (buď adresou, ktorú uvediete na obálke alebo internou poštou).