

Wniosek o wypłatę świadczenia

dla klientów instytucji finansowych lub dostawców usług telekomunikacyjnych

z tytułu (należy zaznaczyć rodzaj zdarzenia, którego dotyczy niniejszy wniosek)

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Śmierci Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Poważnej choroby | <input type="checkbox"/> Operacji | <input type="checkbox"/> Złamania lub |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizacji | <input type="checkbox"/> Całkowitego i trwałego inwalidztwa / | <input type="checkbox"/> Trwałego inwalidztwa / | oparzenia |
| <input type="checkbox"/> Czasowej niezdolności do pracy | <input type="checkbox"/> Niezdolności do pracy | <input type="checkbox"/> Uszczerbku na zdrowiu | |

Towarzystwo umożliwi zgłoszenie roszczenia w formie kopii lub skanu, jednocześnie zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów.

Numer polisy/pożyczki/karty kredytowej/umowy

Nazwa instytucji finansowej/dostawcy usług telekomunikacyjnych

Dane osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Imię Nazwisko

Nazwisko rodowe Seria i numer dowodu osobistego / paszportu¹⁾

Data urodzenia PESEL Zawód¹⁾

Zdarzenie dotyczy²⁾: Ubezpieczonego Głównego Mażonka Partnera Dziecka Ubezpieczonego Głównego

Dane osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia

W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie²⁾? Ubezpieczonego Uprawnionego / Uposażonego Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego / Uposażonego Uprawnionego / Uposażonego Pełnomocnika Uprawnionego / Uposażonego³⁾

Imię Nazwisko

Nazwisko rodowe

Data urodzenia PESEL Seria i numer dowodu osobistego / paszportu

Adres korespondencyjny w sprawie roszczenia

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Telefon E-mail

Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia Miejsce zdarzenia (nazwa, adres)

Okoliczności, przebieg zdarzenia, opis obrażeń odniesionych w wypadku lub rozpoznanie choroby

Opis obecnego stanu zdrowia

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby Nie dotyczy Data rozpoznania choroby Nie dotyczy

Okres zwolnienia lekarskiego od do Nie dotyczy Data zakończenia leczenia i rehabilitacji Nie dotyczy W trakcie

Okres całkowitej / czasowej niezdolności do pracy⁴⁾ od do Nie dotyczy

Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych? Tak Nie

Czy w związku ze zdarzeniem pracodawca sporządził protokół powypadkowy? Tak Nie Jeśli tak, prosimy o załączenie kopii protokołu powypadkowego.

Czy w związku ze zdarzeniem na miejscu wypadku była obecna policja lub czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub prowadzą postępowanie? Tak Nie

Jeśli tak, prosimy o przesłanie kopii dokumentacji w sprawie, a w przypadku jej braku wskazanie pełnego adresu jednostek prowadzących postępowanie oraz sygnatury akt sprawy.

Nazwa

Adres Numer sprawy

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem.

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres placówki, data)

Adres Okres: od

Pozostałe adresy placówek, w których prowadzono leczenie

Nazwa <input type="text"/>	Nazwa <input type="text"/>
Adres <input type="text"/>	Adres <input type="text"/>

Dane placówki podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny).

Nazwa <input type="text"/>	Adres <input type="text"/>
----------------------------	----------------------------

Forma wypłaty świadczenia

Przelew na wskazany numer rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego

Nazwisko i imię właściciela rachunku Adres właściciela rachunku

Rekomendujemy powyższą formę wypłaty ze względu na szybkość i bezpieczeństwo realizacji świadczenia. W przypadku braku wskazania formy wypłaty świadczenia środki zostaną wypłacone przekazem pocztowym na adres do korespondencji w sprawie roszczenia podany w niniejszym formularzu.

¹⁾ Nie dotyczy w przypadku śmierci.
²⁾ Właściwie zaznaczyć.

³⁾ Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa.
⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.



Oświadczenia

Przyjmuję do wiadomości, że MetLife TUnZiR S.A. przetwarzać będzie moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści.

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi drogą elektroniczną na podany przeze mnie numer telefonu i adres e-mail informacji związanych z wykonaniem zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczących zgłoszonych roszczeń. Tak Nie

Jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 k.k. oświadczam, że przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam, a informacje i odpowiedzi na pytania zawarte na 1 i 2 stronie formularza są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. W razie poświadczenia nieprawdy zobowiązuję się zwrócić otrzymane świadczenie w terminie 14 dni od daty wezwania przez Towarzystwo.

Zostałem/am poinformowany/a przez MetLife TUnZiR S.A., że wszelkie reklamacje wynikające z umowy ubezpieczenia winny być przesyłane do Towarzystwa pisemnie, elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo, telefonicznie na numer wskazany przez Towarzystwo (do protokołu) lub osobiście w siedzibie Towarzystwa lub Agencji MetLife (do protokołu). W przypadku zaś niezuznania reklamacji przez Towarzystwo, organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Miejski i Powiatowy Rzecznik Konsumenta, Rzecznik Finansowy, Komisja Nadzoru Finansowego lub istnieje możliwość wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego. Reklamacje Klientów będących osobami fizycznymi rozpatrywane są w ciągu 30 dni od dnia ich otrzymania przez Towarzystwo. W sprawach szczególnie skomplikowanych wspomniany powyżej termin może ulec wydłużeniu maksymalnie do 60 dni, o czym osoba składająca reklamację zostanie poinformowana. Polityka rozpatrywania reklamacji jest dostępna na stronie internetowej Towarzystwa www.metlife.pl.

Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia MetLife TUnZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie MetLife TUnZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Kopię niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia MetLife TUnZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności MetLife TUnZiR S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Należy złożyć podpis zgodny z wzorem podpisu z kopii załączonego dokumentu tożsamości.

Miejscowość i data

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia

Informacje o wymaganych dokumentach w zależności od posiadanej ochrony ubezpieczeniowej

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu ¹⁾ :
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych lub dostawców usług telekomunikacyjnych” 2. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
• śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu 4. kopia dokumentu tożsamości każdego z uposażonych/spadkobierców
• całkowite i trwałe inwalidztwo / niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	5. kopia dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury, lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresu jednostki policji, prokuratury lub sądu, która prowadzi/ła postępowanie w sprawie
• trwałe inwalidztwo / uszczerbek na zdrowiu	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
• czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	8. kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności 9. kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku
• złamanie lub oparzenie	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego 11. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego
• poważna choroba, operacja	1, 10, 11, 14 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	12. kopia zwolnień lekarskich 13. kopia dowodu aktywności zawodowej
• hospitalizacja	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 7, 9, 17	14. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
• wszystkie rodzaje zdarzeń	jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informujemy o tym niezwłocznie	15. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego 16. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka 17. jeśli zdarzenie dotyczy małżonka, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz 15; jeśli zdarzenie dotyczy partnera, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości partnera; jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, dodatkowo: 16

¹⁾ Informujemy, że Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów. Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają notariusz, osoby upoważnione w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, uprawniony pracownik instytucji finansowej lub dostawcy usług telekomunikacyjnych, poświadczające dokument pieczęcią firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem lub organ wydający dokument.