Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego

MetLife

z tytułu (należy zaznaczyć rodzaj zdarzenia, którego dotyczy niniejsze roszczenie)

- ☐ Śmierci Ubezpieczonego
- ☐ Pobytu w szpitalu
- ☐ Czasowej niezdolności do pracy
- ☐ Groźnej choroby
- ☐ Całkowitego i trwałego inwalidztwa / Niezdolności do pracy
- ☐ Trwałego inwalidztwa
- ☐ Złamania lub oparzenia

Numer umowy z Instytucją / Ubezpieczającym

Nazwa Ubezpieczającego (Instytucji)

Dane osoby ubezpieczonej

Imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu[1]

Data urodzenia D D M M R R R R

PESEL

Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia D D M M R R R R

Miejsce zdarzenia (nazwa, adres)

Okoliczności, przebieg zdarzenia

Opis obrażeń odniesionych w wypadku lub rozpoznanie choroby

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby D D M M R R R R Nie dotyczy ☐

Data wystąpienia obrażeń fizycznych D D M M R R R R Nie dotyczy ☐

Okres zwolnienia lekarskiego od D D M M R R R R do D D M M R R R R Nie dotyczy ☐

Okres całkowitej / czasowej niezdolności do pracy[2] od D D M M R R R R do D D M M R R R R Nie dotyczy ☐

Czy w związku ze zdarzeniem pracodawca sporządził protokół powypadkowy? Tak ☐ (jeśli tak, prosimy o załączenie kopii protokołu powypadkowego) Nie ☐

Czy w związku ze zdarzeniem policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub prowadzą postępowanie? Tak ☐ (prosimy o podanie nazwy i adresu danej jednostki) Nie ☐

Nazwa

Adres

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

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

Pierwsza pomoc medyczna (data, nazwa, adres placówki)

Nazwa

Adres

Okres: od D D M M R R R R

Pozostałe adresy placówek, w których prowadzono leczenie

Nazwa

Adres

Nazwa

Adres

Nazwa i dane placówki podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny).

Prosimy o określenie obecnego stanu zdrowia w związku ze zgłaszaną chorobą lub doznanymi obrażeniami fizycznymi[1].

[1] Nie dotyczy w przypadku śmierci.
[2] Niepotrzebne skreślić.

Dane osoby zgłaszającej roszczenie

W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie[1)]? Ubezpieczonego ☐ Uprawnionego / Uposażonego ☐ Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego / Uposażonego ☐ Pełnomocnika Uprawnionego / Uposażonego[2)] ☐

Imię _____ Nazwisko _____

Nazwisko rodowe _____

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu _____ Data urodzenia D D M M R R R R PESEL _____

Adres korespondencyjny w sprawie roszczenia

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy ___ – ___

Telefon _____ E-mail _____

Forma wypłaty świadczenia

a) reinwestycja (nowy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia lub na rachunek istniejącej polisy)

Numer wniosku / polisy _____ Kwota _____

b) przelew na wskazany numer konta

Numer rachunku bankowego _____

Nazwisko i imię właściciela rachunku _____

Adres właściciela rachunku _____

Rekomendujemy powyższe formy 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.

Oświadczenia

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

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi drogą elektroniczną przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu 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.

Potwierdzam, że informacje i odpowiedzi na pytania zawarte na 1 i 2 stronie formularza są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia MetLife TUnŻiR S.A. informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia oraz wysokości świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny zakład ubezpieczeń do udostępnienia MetLife TUnŻiR S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych w wyżej wskazanym zakresie. 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

Informacje o wymaganych dokumentach

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu:
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego" 2. oryginalny odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego lub kopia potwierdzona notarialnie lub przez uprawnionego pracownika Ubezpieczającego (banku/instytucji finansowej) 3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub jakiejkolwiek dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu 4. kopia dokumentu tożsamości uposażonych/spadkobierców 5. kopia dokumentacji dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonych 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 6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie 8. kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane) 9. informacje potwierdzające okoliczności wypadku 10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego 11. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego 12. kopia zwolnień lekarskich 13. kopia dowodu aktywności zawodowej 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
• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	
• całkowite i trwałe inwalidztwo/niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	
• trwałe inwalidztwo	1, 5, 6, 7, 9, 10	
• czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	
• złamanie lub oparzenie	1, 5, 6, 7, 9, 10	
• zachorowanie na groźną chorobę	1, 10, 11, 14	
• pobyt w szpitalu	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	

1) Właściwe zaznaczyć.
2) Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 50 70, e-mail: lifeinfo@metlife.pl, Internet: www.metlife.pl
MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

CG16-A14 © MetLife TUnŻiR S.A., 2014