

**MetLife**

Wniosek o wypłatę świadczenia

Zaznacz właściwe pole: Nieszczęśliwy wypadek Choroba Śmierć**Towarzystwo umożliwiła zgłoszenie roszczenia w formie kopii lub skanu, jednocześnie zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów.**Numer polisy **8956**Nazwa instytucji finansowej **Provident Polska****Dane osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy**Imię Nazwisko
Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL) PESEL **Dane osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia**W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie¹⁾?Ubezpieczonego Uprawnionego / Uposażonego Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego / Uposażonego Pełnomocnika Uprawnionego / Uposażonego²⁾ Imię Państwo urodzenia (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL) Nazwisko Obywatelstwo Nazwisko rodowe Seria i numer dowodu osobistego / paszportu Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL) PESEL Adres zamieszkania / korespondencyjny w sprawie roszczenia
Ulica Nr domu Nr lokalu
Miejscowość Kod pocztowy
Telefon E-mail

Wskazanie adresu e-mail i/lub numeru telefonu komórkowego oznacza zgodę na przekazywanie przez MetLife TUNŻIR S.A. informacji związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia, a w szczególności dotyczących zgłoszonego roszczenia na podany adres e-mail i/lub numer telefonu. Nie jest to zgodą na otrzymywanie ze strony MetLife TUNŻIR S.A. informacji reklamowych.

Dane dotyczące zdarzeniaData zdarzenia Miejsce zdarzenia (nazwa, adres)

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

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby Nie dotyczy Data rozpoznania choroby Nie dotyczy Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych? Tak Nie
Czy w związku ze zdarzeniem pracodawca sporządził protokół powypadkowy? Jeśli tak, prosimy o załączenie kopii protokołu powypadkowego. Tak Nie 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 załączenie kopii dokumentacji w sprawie, a w przypadku jej braku wskazanie pełnego adresu jednostek prowadzących postępowanie oraz sygnatury akt sprawy.

Nazwa Numer sprawy Adres

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

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres placówki, data) Nazwa Adres Okres: od Pozostałe adresy placówek, w których prowadzono leczenie Nazwa Adres Nazwa Adres **Forma wypłaty świadczenia – przelew na wskazany poniżej numer rachunku bankowego**Numer rachunku bankowego Imię i nazwisko, adres właściciela rachunku **W przypadku braku wskazania formy wypłaty świadczenia środki zostaną wypłacone przekazem pocztowym na adres do korespondencji w sprawie roszczenia podany w niniejszym formularzu.**¹⁾ Właściwe zaznaczyć. ²⁾ Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa oraz kopię dokumentu tożsamości pełnomocnika.

Oświadczenia

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 niuznania 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 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 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. Upoważniam także inny niż MetLife TUnZiR S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia MetLife TUnZiR S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Oświadczenie PEP

Niniejszym oświadczam (lub w imieniu osoby uprawnionej do odbioru świadczenia), że:

nie jestem / jestem PEP w rozumieniu Ustawy z dnia 01.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

W rozumieniu powyższej ustawy jako PEP określa się:

- 1) osoby zajmujące eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publicznie, w tym:
 - a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
 - b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
 - c) członków organów zarządzających partii politycznych,
 - d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
 - e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
 - f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
 - g) członków organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
 - h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
 - i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej,
- 2) członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to:
 - a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
 - b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostające we wspólnym pożyciu,
 - c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne,
- 3) osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to:
 - a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
 - b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Miejscowość i data

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia, lub pełnomocnika, lub przedstawiciela ustawowego

Informacje o wymaganych dokumentach w zależności od posiadanej ochrony ubezpieczeniowej

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, poświadczający dokument pieczęcią firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem lub organ wydający dokument.

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu:
• uszkodzenia ciała wskutek NW Ubezpieczonego	1, 3, 4, 5, 6	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia” 2. kopia dokumentacji medycznej z leczenia 3. 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
• dolegliwości bólowe układu ruchu Ubezpieczonego	1, 2, 6, 7	4. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 5. kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu 6. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
• śmierć Ubezpieczonego	1, 8, 9	7. opisy i wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.) – jeżeli Ubezpieczony żył w ich posiadaniu 8. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego 9. kopia dokumentu tożsamości każdego z uposażonych / spadkobierców

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 000022813; 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 TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. MetLife TUnZiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.