

# Wniosek o wypłatę świadczenia

dla klientów instytucji finansowych/dostawców usług telekomunikacyjnych

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

- Śmierci Ubezpieczonego\*\*)  Poważnej choroby  Operacji\*)  Złamania lub  
 Hospitalizacji\*)  Całkowitego i trwałego inwalidztwa\*) /  Trwałego inwalidztwa\*) /  oparzenia\*)  
 Czasowej niezdolności do pracy\*)  Niezdolności do pracy\*)  Uszczerbku na zdrowiu\*)

**Towarzystwo dopuszcza możliwość zgłoszenia roszczenia w formie skanu, jednocześnie zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów, gdy łącznie należne świadczenie nie przekracza kwoty:**

\*) 10 000,00 zł; \*\*) 10 000,00 zł w przypadku śmierci naturalnej, bez konieczności poświadczania kopii dokumentów

Numer polisy/pożyczki/  
karty kredytowej/umowy   
Nazwa instytucji  
finansowej/dostawcy  
usług telekomunikacyjnych

## Dane Ubezpieczonego

Imię  Nazwisko   
Nazwisko rodowe  Seria i numer dowodu  
osobistego / paszportu<sup>1)</sup>   
Data urodzenia  PESEL  Zawód<sup>1)</sup>   
Zdarzenie dotyczy<sup>2)</sup>: Ubezpieczonego Głównego  Małżonka / Partnera / Współubezpieczonego  Dziecka Ubezpieczonego Głównego

## Dane osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy<sup>3)</sup>

Imię  Nazwisko   
Nazwisko rodowe  Seria i numer dowodu  
osobistego / paszportu<sup>1)</sup>   
Data urodzenia  PESEL  Zawód<sup>1)</sup>

## Dane osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia

W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie<sup>2)</sup>? Ubezpieczonego  Uprawnionego /  
Uposażonego  Przedstawiciela Ustawowego  
Uprawnionego / Uposażonego  Uprawnionego / Uposażonego<sup>4)</sup>  Pełnomocnika   
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  
oraz/lub opis obecnego  
stanu zdrowia

Data wystąpienia  
pierwszych  
objawów choroby  
Okres zwolnienia  
lekarskiego  
Okres całkowitej /  
czasowej niezdolności  
do pracy<sup>5)</sup>  
 Nie dotyczy  Data wystąpienia  
obrażeń fizycznych  Nie dotyczy   
od  do  Nie dotyczy   
od  do  Nie dotyczy

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

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

Pozostałe adresy  
placówek, w których  
prowadzono leczenie  
Nazwa  Adres   
Nazwa  Adres

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

Nazwa  Adres

1) Nie dotyczy w przypadku śmierci.

2) Właściwie zaznaczyć.

3) Wypełnić, jeśli zdarzenie dotyczy małżonka, partnera, współubezpieczonego, dziecka.

4) Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa.

5) Niepotrzebne skreślić.



## Forma wypłaty świadczenia

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

Numer wniosku / polisy  Kwota

### b) przelew na wskazany numer rachunku bankowego

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, że MetLife TUnZiR S.A. przetwarzając 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 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 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.

### Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzieliły 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. 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 oceny ryzyka ubezpieczeniowego i 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.

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

Miejscowość i data

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia

### Oświadczenie Ubezpieczonego (dotyczy zdarzeń dotyczących partnera)

Niniejszym oświadczam, że w dacie zdarzenia pozostawałem/am w związku pozamałżeńskim oraz prowadziłem/am wspólne gospodarstwo domowe ze wskazanym we wniosku partnerem. Jednocześnie oświadczam, że w dacie zdarzenia nie pozostawałem/am z żadną inną osobą w związku małżeńskim.

### Oświadczenie partnera (dotyczy zdarzeń dotyczących partnera za wyjątkiem śmierci partnera)

Niniejszym oświadczam, że w dacie zdarzenia pozostawałem/am w związku pozamałżeńskim oraz prowadziłem/am wspólne gospodarstwo domowe ze wskazanym we wniosku Ubezpieczonym. Jednocześnie oświadczam, że w dacie zdarzenia nie pozostawałem/am z żadną inną osobą w związku małżeńskim.

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczonego

Miejscowość i data

Podpis partnera

## Informacje o wymaganych dokumentach w zależności od posiadanej ochrony ubezpieczeniowej

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu <sup>1)</sup> :
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych/dostawców usług telekomunikacyjnych” 2. oryginalny odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego lub kopia potwierdzona notarialnie lub przez uprawnionego pracownika instytucji finansowej/dostawcy usługi telekomunikacyjnej 3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub jakiegokolwiek dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu
• śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	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
• całkowite i trwałe inwalidztwo / niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie
• trwałe inwalidztwo / uszczerbek na zdrowiu	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	8. kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane) 9. informacje potwierdzające okoliczności wypadku
• czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego 11. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
• złamanie lub oparzenie	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	12. kopia zwolnień lekarskich 13. kopia dowodu aktywności zawodowej
• poważna choroba, operacja	1, 10, 11, 14	14. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę, 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
• hospitalizacja	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9, 17	15. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego 16. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
• wszystkie rodzaje zdarzeń	Jeśli zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego i partnera, wymagane jest <i>Oświadczenie Ubezpieczonego i partnera</i> . Jeśli okaże się, że do podjęcia decyzji niezbędne będą dodatkowe dokumenty, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie.	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

<sup>1)</sup> Towarzystwo dopuszcza zmianę formy wymaganych dokumentów, w tym ich poświadczania.

### Możliwe formy kontaktu



poczta elektroniczna na adres: [roszczenia@metlife.pl](mailto:roszczenia@metlife.pl)



kontakt z przedstawicielem Towarzystwa obsługującym ubezpieczenie



wizyta w jednej z naszych placówek na terenie Polski (wykaz placówek dostępny na [www.metlife.pl](http://www.metlife.pl)) lub w Punkcie Obsługi Klienta w Biurze Głównym w Warszawie, ul. Przemysłowa 26 (pon.-pt., godz. 8.00-17.00)



pisemnie na adres: Departament Roszczeń MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa



Telefoniczne Centrum Informacji pod numerem tel. 22 523 50 70 (pon.-pt., godz. 8.00-18.00)

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 000028131, NIP 526-030-50-06, Kapitał zakładowy: 21 490 000,00 zł, wpłacony w całości

MetLife TUnZiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.