Wniosek o wypłatę świadczenia z grupowego ubezpieczenia pracowniczego

MetLife

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

- ☐ Urodzenia dziecka
- ☐ Urodzenia martwego dziecka
- ☐ Śmierci dziecka
- ☐ Śmierci pracownika
- ☐ Śmierci małżonka / partnera
- ☐ Śmierci rodzica / teścia
- ☐ Osierocenia dziecka
- ☐ Uszczerbku na zdrowiu / Inwalidztwa wskutek NW
- ☐ Złamania lub oparzenia
- ☐ Pobytu w szpitalu
- ☐ Operacji chirurgicznej
- ☐ Groźnej choroby
- ☐ Niezdolności do pracy

Numery polis ____ / ____ ____ / ____ ____ ____

Nazwa zakładu pracy / Ubezpieczającego

Dane osoby ubezpieczonej

Imię Pracownika | Nazwisko Pracownika

Nazwisko rodowe Pracownika | Seria i numer dowodu osobistego / paszportu[1)]

Data urodzenia Pracownika D D M M R R R R | PESEL Pracownika | Zawód Pracownika[1)]

Zdarzenie dotyczy[2)]: Pracownika ☐ Małżonka / Partnera ☐ Dziecka Pracownika ☐

Dane osoby, której zdarzenie dotyczy[3)]

Imię | Nazwisko

Nazwisko rodowe | Seria i numer dowodu osobistego / paszportu[1)]

Data urodzenia D D M M R R R R | PESEL | Zawód[1)]

Dane osoby zgłaszającej roszczenie

W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie?[2)] Ubezpieczonego ☐ Uprawnionego / Uposażonego ☐ Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego / Uposażonego ☐ Pełnomocnika Uprawnionego / Uposażonego[4)] ☐

Imię | Nazwisko

Nazwisko rodowe

Data urodzenia D D M M R R R R | 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[5)]

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 oraz/lub opis obecnego stanu zdrowia

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby[6)] D D M M R R R R Nie dotyczy ☐ | Data wystąpienia obrażeń fizycznych[6)] D D M M R R R R Nie dotyczy ☐

Okres zwolnienia lekarskiego po hospitalizacji[1), 6)] od D D M M R R R R do D D M M R R R R Nie dotyczy ☐ | Data zakończenia leczenia i rehabilitacji[1), 6)] D D M M R R R R Nie dotyczy ☐

Czy w związku ze zdarzeniem pracodawca sporządził protokół powypadkowy[6)]? Tak ☐ Nie ☐ Jeśli tak, prosimy o przesłanie kopii protokołu powypadkowego.

Czy w związku ze zdarzeniem 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[6)].

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres, data)

Nazwa

Adres | Okres: od D D M M R R R R

Pozostałe adresy placówek, w których prowadzono leczenie

Nazwa | Nazwa

Adres | Adres

Dane placówki podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny)[6)].

Nazwa | Adres

Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych[6)]? Tak ☐ Nie ☐

1) Nie dotyczy w przypadku śmierci.
2) Właściwe zaznaczyć.
3) Wypełnić, jeśli zdarzenie dotyczy Małżonka/Partnera lub Dziecka Pracownika.
4) Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa.
5) Nie dotyczy w przypadku urodzenia dziecka.
6) Nie dotyczy w przypadku śmierci małżonka/partnera, śmierci rodzica/teścia, śmierci dziecka, osierocenia dziecka, urodzenia martwego dziecka.

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 _____

Oświadczenie pracodawcy (dotyczy następujących zdarzeń: śmierć pracownika, wystąpienie groźnej choroby oraz niezdolność do pracy)

Oświadczam, że wyżej wymieniony Ubezpieczony, w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, był objęty ubezpieczeniem grupowym i uprawnionym do tego ubezpieczenia (zgodnie z Umową ubezpieczenia), w związku z umową o pracę lub inną umową łączącą Ubezpieczonego z Ubezpieczającym oraz nie złożył rezygnacji z uczestnictwa w ubezpieczeniu.

Miejscowość i data _____ Pieczęć i podpis osoby występującej w imieniu Ubezpieczającego _____

Informacje o wymaganych dokumentach

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3, 4
• śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5
• śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku w pracy	1, 2, 3, 4, 5, 6
• śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	1, 2, 3, 4, 5
• śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru	1, 2, 3, 4, 12
• całkowite i trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25
• trwałe inwalidztwo na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25
• trwałe inwalidztwo na skutek nieszczęśliwego wypadku – Pakiet Renta	1, 5, 6, 7, 8, 9, 10
• uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru	1, 11, 12
• groźna choroba	1, 11, 12, 25 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9
• pobyt w szpitalu	1, 10, 13, 25
• pobyt w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 5, 6, 9, 10, 13, 25
• rekonwalescencja po pobycie w szpitalu	1, 10, 13, 25
• operacje	1, 10, 13, 25
• operacje na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 5, 6, 9, 10, 13, 25
• niezdolność do pracy	1, 8, 10, 12 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9
• śmierć małżonka/partnera	1, 10, 14
• śmierć małżonka/partnera na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 5, 9, 10, 14
• śmierć dziecka	1, 10, 15, 24
• osierocenie dziecka	1, 2, 22, 23, 24
• urodzenie dziecka	1, 10, 20
• urodzenie dziecka martwego	1, 10, 20, 21
• śmierć rodziców	1, 10, 16, 17, 18
• śmierć teściów	1, 10, 16, 17, 18, 19

Rodzaj dokumentu[1]:

1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z grupowego ubezpieczenia pracowniczego"
2. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego[2] lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub przez organ wydający dokument
3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu
4. kopia dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego[2] lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub przez organ wydający dokument
5. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy lub w drodze do/z pracy
7. kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po urazie oraz informująca o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
8. kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane)
9. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku
10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
11. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego[2] lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego
12. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
13. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego
14. odpis skrócony aktu zgonu małżonka lub partnera w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego[2] lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub przez organ wydający dokument
15. kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka
16. kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
17. w przypadku zgonu ojczyma lub macochy (jeśli Ogólne Warunki Ubezpieczenia przewidują taką ochronę) kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Rodzicem a Ojczymem lub Macochą
18. w przypadku zgonu ojczyma lub macochy (jeśli Ogólne Warunki Ubezpieczenia przewidują taką ochronę) kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego
19. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego
20. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
21. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej czas trwania ciąży – w przypadku urodzenia martwego dziecka
22. kopia dokumentu tożsamości osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia (prawnego Opiekuna Dziecka lub pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego)
23. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka w przypadku jego niepełnoletności
24. potwierdzenie kontynuowania nauki w przypadku dzieci powyżej 19 roku życia
25. jeśli zdarzenie dotyczy Małżonka dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz 19; jeśli zdarzenie dotyczy Dziecka dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości dziecka lub 23

1) Towarzystwo dopuszcza zmianę formy wymaganych dokumentów, w tym ich poświadczania, w zależności od aktualnych ustaleń z pracodawcą.
2) Osoba uprawniona z ramienia Ubezpieczającego do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem to pracownik działu kadr (działu personalnego) Ubezpieczającego lub radca prawny, lub kierownik sklepu lub kierownik oddziału/filii/jednostki terenowej Ubezpieczającego, poświadczająca dokument pieczątką firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem.

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.

CP01-A14 © MetLife TUnŻiR S.A., 2014