



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

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres, data)										
Pozostałe placówki, w których prowadzono leczenie (nazwa, adres)		Okres: od <table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R			
Placówka podstawowej opieki zdrowotnej/lekarz rodzinny (nazwa, adres) <sup>5)</sup>										

## Forma wypłaty świadczenia

<b>Przelew na wskazany numer rachunku bankowego</b>																					
Numer rachunku bankowego	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
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.**

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](http://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.

Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia MetLife TUnZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili 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.

### 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:

- osoby zajmujące eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:
  - szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
  - członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
  - członków organów zarządzających partii politycznych,
  - członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
  - członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
  - ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
  - członków organów administracyjnych, zarządczych 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,
  - dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
  - dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej,
- członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to:
  - małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
  - dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
  - rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne,
- osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się przez to:
  - 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,
  - 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

<sup>1)</sup> Nie dotyczy w przypadku śmierci.

<sup>2)</sup> Właściwie zaznaczyć.

<sup>3)</sup> Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa oraz kopię dokumentu tożsamości pełnomocnika.

<sup>4)</sup> Nie dotyczy w przypadku urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, osierocenia dziecka.

<sup>5)</sup> Nie dotyczy w przypadku śmierci dziecka, śmierci rodzica, śmierci małżonka.

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

Zdarzenie:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu <sup>1)</sup> :
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3, 4 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z grupowego ubezpieczenia pracowniczego”
• śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru	1, 2, 3, 4, 11	2. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
• uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 24	3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu
• groźna choroba; choroba nieuleczalna; leczenie specjalistyczne; uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru	1, 10, 11, 24 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	4. kopia dokumentu tożsamości każdego z uposażonych/spadkobierców
• pobyt w szpitalu; złamanie lub oparzenie; rekonwalescencja po pobycie w szpitalu; ubezpieczenie lekowe; operacja	1, 10, 12, 24 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 7, 9	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
• niezdolność do pracy	1, 8, 10, 11, 27 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
• śmierć małżonka/partnera	1, 10, 13 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 9	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
• śmierć dziecka	1, 10, 14, 23, 26 i jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 9	8. kopia zwolnień lekarskich oraz orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności
• osierocenie dziecka	1, 2, 21, 22, 23 i jeśli zdarzenie dotyczy pasierba lub dziecka przysposobionego, dodatkowo: 26	9. kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku
• urodzenie dziecka	1, 10, 19 i jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego, dodatkowo: 26	10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
• urodzenie martwego dziecka	1, 10, 19, 20 i jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego, dodatkowo: 26	11. 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
• śmierć rodzica	1, 10, 15, 16, 17 i jeśli zdarzenie dotyczy śmierci rodzica małżonka, dodatkowo: 18. Jeśli zdarzenie dotyczy śmierci rodzica partnera, dodatkowo: 25. Ponadto, jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 9	12. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego
• wszystkie rodzaje zdarzeń	jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, poinformujemy o tym niezwłocznie	13. kopia odpisu skróconego aktu zgonu małżonka lub partnera
		14. kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka
		15. kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
		16. w przypadku zgonu ojczyrna lub macochy kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy rodzicem a ojczymem lub macochą
		17. w przypadku zgonu ojczyrna lub macochy kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego
		18. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego
		19. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
		20. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej czas trwania ciąży – w przypadku urodzenia martwego dziecka lub pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego
		21. kopia dokumentu tożsamości osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia (prawnego opiekuna dziecka lub pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego)
		22. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka w przypadku jego niepełnoletności
		23. kopia dokumentu potwierdzającego kontynuowanie nauki w przypadku dzieci powyżej 19. roku życia, a w przypadku niezdolności do pracy dziecka – kopia zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji
		24. jeśli zdarzenie dotyczy małżonka, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz 18; jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości dziecka lub 22 oraz 23; jeśli zdarzenie dotyczy pasierba lub dziecka przysposobionego, dodatkowo: 26; jeśli zdarzenie dotyczy partnera, dodatkowo: 25
		25. kopia dokumentu tożsamości partnera
		26. jeśli zdarzenie dotyczy pasierba: kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka; jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego: kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka
		27. jeśli zdarzenie dotyczy małżonka, dodatkowo: 18

<sup>1)</sup> 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, osoby uprawnione z ramienia Ubezpieczającego (Pracownik Działu Kadry/Działu Personalnego Ubezpieczającego lub Radca Prawny, lub Kierownik Sklepu, lub Kierownik Oddziału/Filii/Jednostki terenowej Ubezpieczającego, poświadczający dokument pieczęcią firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem) lub Broker, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub organ wydający dokument.

## Kto jest administratorem danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna (w skrócie MetLife TUnŻiR) z siedzibą przy ul. Przemysłowej 26, 00-450 Warszawa.

## W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

Na podstawie przepisów prawa możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W zakresie szczególnych danych osobowych (tj. dotyczących stanu zdrowia) podstawą do ich przetwarzania jest ponadto udzielona zgoda,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia,
- przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu i przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu tradycyjnego, czyli proponowania listownie umów ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- podejmowania działań, których celem jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym,
- reasekuracji ryzyka, czyli przekazania części ryzyka z umowy ubezpieczenia innym uprawnionym do tego podmiotom.

Na podstawie udzielonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu bezpośredniego za pomocą telefonu lub adresu e-mail, w tym proponowania dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy i po jej zakończeniu. Możemy to robić w sposób zautomatyzowany lub poprzez profilowanie danych,
- udostępnienia danych innym podmiotom z naszej grupy kapitałowej w celu proponowania przez nie usług,
- świadczenia drogą elektroniczną usług powiązanych z zawartą umową ubezpieczenia na zasadach określonych odrębnymi regulaminami.

## Czy podanie danych osobowych jest konieczne?

Podanie nam danych jest:

- dobrowolne, ale niezbędne, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych,
- dobrowolne, gdy dane mają być przetwarzane lub udostępnione w celu marketingowym.

## W jakim czasie będziemy przetwarzać dane osobowe?

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- obowiązywania zgody klienta, do momentu jej wycofania,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy,
- w którym możliwe jest dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

## Jakie dane będziemy przetwarzać?

Będziemy przetwarzać dane uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia w zakresie danych identyfikacyjnych, kontaktowych, numeru rachunku bankowego oraz informacje o powiązanych z nimi produktach ubezpieczeniowych.

## Od kogo mamy dane?

Dane uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia zostały nam podane przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w trakcie zawierania lub wykonania umowy ubezpieczenia.

## Komu możemy przekazać dane osobowe?

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo, w tym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi do wykonania umowy,
- podmiotom zewnętrznym na podstawie udzielonej zgody,
- innym podmiotom poza granicami Unii Europejskiej, tj. w Stanach Zjednoczonych oraz Indiach (na podstawie umów, jakie mamy z nimi zawarte). Te spółki stosują odpowiednie zabezpieczenia ochrony danych osobowych. Dane przekazujemy zgodnie z treścią Standardowych Klauzul Umownych, które zatwierdziła Komisja Europejska, lub na innej prawnie dopuszczalnej podstawie.

## Jakie są prawa osoby, która przekazała nam dane?

Osoba, która przekazała nam dane, ma prawo do:

- dostępu do nich,
- ich poprawiania,
- przenoszenia danych,
- wycofania zgody na przetwarzanie,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych,
- wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych w celu marketingowym.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie przez nas danych osobowych, zanim ta zgoda została wycofana.

Osoba, która udostępniła nam swoje dane, ma prawo zgłosić skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pytania związane z przetwarzaniem przez nas danych osobowych prosimy kierować do naszego Inspektora Danych Osobowych na adres e-mail: ido@metlife.pl.

Zespół MetLife