

Zaznacz właściwe pole:

 Nieszczęśliwy wypadek Choroba Śmierć**Towarzystwo umożliwia zgłoszenie roszczenia w formie kopii lub skanu, jednocześnie zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów**Numer polisy/  
pożyczki/karty  
kredytowej/umowy Nazwa instytucji  
finansowej/  
dostawcy usług  
telekomunikacyjnych 

## Dane osoby, której zdarzenie dotyczy

Zdarzenie dotyczy<sup>2)</sup>: Ubezpieczonego Głównego  Mażonka  Partnera  Dziecka Ubezpieczonego Głównego Imię  Państwo urodzenia   
(w przypadku gdy nie nadano nr PESEL)Nazwisko  Obywatelstwo Nazwisko rodowe  Seria i numer dowodu osobistego/paszportu<sup>3)</sup> Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL)  PESEL  Zawód wykonywany oraz wykształcenie<sup>3)</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  Pełnomocnika Uprawnionego/Uposażonego<sup>3)</sup> 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 zdarzenia

Data zdarzenia  Miejsce zdarzenia (nazwa, adres) Okoliczności, przebieg zdarzenia, opis obrażeń odniesionych w wypadku lub rozpoznanie choroby Opis obecnego stanu zdrowia Data wystąpienia pierwszych objawów choroby  Nie dotyczy  Data rozpoznania choroby  Nie dotyczy Okres zwolnienia lekarskiego od  do  Nie dotyczy  Data zakończenia leczenia i rehabilitacji  Nie dotyczy  W trakcie Okres całkowitej/ czasowej niezdolności do pracy<sup>4)</sup> od  do  Nie dotyczy Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych? Tak  Nie 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.

  
  
  
 Numer sprawy

1) Nie dotyczy w przypadku śmierci.

2) Właściwie zaznaczyć.

3) Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa oraz kopię dokumentu tożsamości pełnomocnika.

4) Niepotrzebne skreślić.



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

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres placówki, data)		
Pozostałe placówki, w których prowadzono leczenie (nazwa, adres)		
Okres: od	DD	MM
	RR	RR
Placówka podstawowej opieki zdrowotnej/lekarz rodzinny (nazwa, adres).		

## Forma wypłaty świadczenia

Przelew na wskazany numer rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego											
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 poświadczania nieprawdy zobowiązuję się zwrócić otrzymane świadczenie w terminie 14 dni od daty wezwania przez Towarzystwo.

Zostałem/am poinformowany/a przez MetLife TUŃZiR 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 nieuwzględnienia 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.

### Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia MetLife TUŃZiR 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 TUŃZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż MetLife TUŃZiR S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia MetLife TUŃZiR 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 TUŃZiR 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 TUŃZiR S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

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

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu <sup>1)</sup> :
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia dla klientów instytucji finansowych lub dostawców usług telekomunikacyjnych” 2. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
• śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu 4. kopia dokumentu tożsamości każdego z upoważnionych/spadkobierców
• całkowite i trwałe inwalidztwo/ niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	5. 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
• trwałe inwalidztwo/uszczerbek na zdrowiu	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 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
• czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	8. kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności 9. kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku
• złamanie lub oparzenie	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego 11. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego 12. kopia zwolnień lekarskich
• poważna choroba, operacja	1, 10, 11, 14 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	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
• hospitalizacja	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 7, 9, 17	15. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego 16. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
• wszystkie rodzaje zdarzeń	jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, poinformujemy 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> 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 lub dostawcy usług telekomunikacyjnych, poświadczające dokument pieczęcią firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem 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,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z 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.

Na podstawie udzielonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu bezpośredniego za pomocą telefonu lub adresu e-mail. 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, do momentu jej wycofania,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy,
- w którym możliwe jest dochodzenie roszczeń z tytułu 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, a także inne dane, jeżeli ich przetwarzanie jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa.

## 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, Indiach oraz w przypadku roszczeń o wysokiej kwocie do Libanu (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](mailto:ido@metlife.pl).

Zespół MetLife