

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Jeśli wniosek jest wypełniany bez udziału Przedstawiciela Towarzystwa / Pośrednika ubezpieczeniowego, należy dołączyć do wniosku kserokopię dokumentu tożsamości.

Nr Polisy:

(proszę o sprawdzenie na polisie, jakie zdarzenia są objęte ochroną i wybrać odpowiednie z listy poniżej):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> POBYT W SZPITALU | <input type="checkbox"/> TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY |
| <input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE | <input type="checkbox"/> TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU |
| <input type="checkbox"/> NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI | <input type="checkbox"/> TRWAŁE I CAŁKOWITE INWALIDZTWO |
| <input type="checkbox"/> OPERACJA | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ |

DANE OSOBOWE WYSTĘPUJĄCEGO Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Nazwisko / Nazwa firmy

Imię

Data urodzenia

Pesel / NIP

Seria i numer dowodu tożsamości

Telefon

E-mail

Adres zamieszkania / siedziby
Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania) / siedziby
Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

DANE OSOBOWE UPRAWNIONEGO (UBEZPIECZONEGO)

Nazwisko / Nazwa firmy

Imię

Data urodzenia

Pesel / NIP

Seria i numer dowodu tożsamości

Państwo urodzenia

Obywatelstwo

Telefon

E-mail

Adres zamieszkania / siedziby
Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania) / siedziby
Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

FORMA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Przelew bankowy Nazwa banku:

Nr rachunku:

Imię i nazwisko/Nazwa właściciela rachunku bankowego

Adres Właściciela rachunku:

Przekaz pocztowy (Towarzystwo dokonuje potrącenia kosztu opłaty pocztowej z wypłacanej kwoty)

Nazwisko

Imię

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

-

Kraj

DANE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

Data zgonu

Przyczyna zgonu

choroba (jaka).....

nieszczęśliwy wypadek

wypadek komunikacyjny

nieszczęśliwy wypadek w pracy

Okoliczności i miejsce zgonu

Jeśli TAK prosimy o dostanie dokumentów

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?

TAK

NIE

Czy ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?

TAK

NIE

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające? *Jeśli tak, należy dołączyć protokół.*

TAK

NIE

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(ych) postępowanie wyjaśniające

DANE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU

Jeśli pobyt w szpitalu dotyczył nieszczęśliwego wypadku prosimy o wypełnienie Dane dotyczące wypadku

Data pobytu w szpitalu

OD

DO

Przyczyna pobytu w szpitalu

CHOROBA

WYPADEK

Czy po leczeniu szpitalnym Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim? *Jeśli tak, należy dołączyć kopię zwolnień lekarskich.*

TAK

NIE

Czy w związku z ww. pobyt w szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM / OIT / OIOK / OINK?

TAK

NIE

DANE DOTYCZĄCE WYPADKU I/LUB TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

Data wypadku Okoliczności i przyczyna wypadku: _____

Miejsce (adres) wypadku: _____

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu? TAK NIE

Kto udzielił Ubezpieczonemu pomocy po wypadku? _____

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy? -Jeśli tak, należy dołączyć protokół. TAK NIE

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(ych) postępowanie: _____

DANE DOTYCZĄCE OPERACJI MEDYCZNEJ / POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Data operacji medycznej / rozpoznania poważnego zachorowania Rodzaj operacji medycznej / poważnego zachorowania

Data początku leczenia choroby / urazu Czy operacja / poważne zachorowanie związana(e) jest z chorobą / obrażeniami ciała rozpoznanymi i leczonymi w trakcie trwania ochrony TAK NIE

Adresy placówek medycznych, w których leczył się Ubezpieczony w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany jest Ubezpieczony.

DANE DOTYCZĄCE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Data powstania niezdolności do pracy /niezdolności do samodzielnej egzystencji

Przyczyna niezdolności do pracy /niezdolności do samodzielnej egzystencji choroba wypadek

Okres zwolnienia lekarskiego OD DO

Choroba (jaka) _____

Prosimy o podanie okoliczności zdarzenia będącego przyczyną niezdolności do pracy, jeżeli nie była ona spowodowana chorobą _____

Adresy placówek medycznych, w których leczył się Ubezpieczony w związku ze zgłoszonym roszczeniem oraz adres przychodni lekarza rodzinnego, w której zarejestrowany jest Ubezpieczony.

OŚWIADCZENIA AML

MACIF Życie TUW, na podstawie ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, jest zobowiązane do pozyskiwania od swoich klientów poniższych informacji.

Oświadczam, że posiadam beneficjenta rzeczywistego*: TAK NIE

Niniejszym oświadczam, iż wskazany beneficjent rzeczywisty:

jest nie jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne*,

jest nie jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne*,

jest nie jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne*.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

Niniejszym oświadczam, że:

jestem nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne*,

jestem nie jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne*,

jestem nie jestem osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne*.

Proszę podać zajmowane eksponowane stanowiska polityczne w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu:

Proszę wskazać źródło pochodzenia środków na finansowanie składki (nie dotyczy wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego):

wynagrodzenie dochody z prowadzonej działalności gospodarczej, jakiej?.....

oszczędności inne, jakie?..... odmowa odpowiedzi

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE REZYDENCJI PODATKOWEJ

Oświadczenie dotyczy osób fizycznych (Uwaga! Dotyczy również osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą lub wytwórczą w rolnictwie oraz osób fizycznych będących współnikami spółek cywilnych).

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 października 2014 r. o wykonywaniu umowy między rządem Rzeczypospolitej Polskiej, rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki, w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FACTA (Dz. U. z 2015 r., poz. 1712, dalej jako: „Ustawa FACTA”) oraz zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 marca 2017 roku o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (Dz. U. z 2017 r., poz. 648, dalej jako „Ustawa”), polskie instytucje finansowe są zobowiązane do identyfikacji rachunków raportowych oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o tych rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej.

Z uwagi na powyższe, MACIF Życie TUW z siedzibą w Warszawie, jako polska raportująca instytucja finansowa, prosi Pana/-ią o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte poniżej, dotyczące Pana/-i statusu podatkowego.

Oświadczam, że posiadam następujące rezydencje podatkowe*:

1. POLSKA TAK NIE

2. USA TAK NIE NR TIN

3. Inne kraje rezydencji podatkowej (nie dotyczy USA) TAK NIE

(jeżeli TAK, prosimy o wskazanie tych krajów oraz nr TIN):

Kraj rezydencji podatkowej: Nr identyfikacji podatkowej (TIN):.....

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód: _____

Kraj rezydencji podatkowej: Nr identyfikacji podatkowej (TIN):.....

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód: _____

Kraj rezydencji podatkowej: Nr identyfikacji podatkowej (TIN):.....

numer identyfikacji podatkowej nie został nadany w kraju rezydencji podatkowej, powód: _____

Niniejszym oświadczam, iż:

1. sprawdziłem informacje podane na niniejszym formularzu i że są one prawdziwe, prawidłowe i kompletne,
2. zobowiązuję się do aktualizacji wskazanych powyżej informacji w terminie 30 dni od dnia zaistnienia zmiany oraz do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

* Informacje pomocnicze, w tym definicje pojęć znajdujących się w ustawie z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz zawarte są w formularzu "Definicje AML i Rezydencji podatkowej"

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dane osobowe podane w niniejszym wniosku są zbierane i przetwarzane w związku z realizacją obowiązków nałożonych na zakłady ubezpieczeń wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących zdrowia podanych we wniosku oraz wszelkich innych załączonych dokumentach w celu oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wypłaty świadczenia. Powyższe upoważnienie obejmuje udostępnianie i przekazywanie ww. danych zakładom reasekuracji w celu wykonywania umowy zabezpieczenia. Potwierdzam otrzymanie informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

***Wyrażam zgodę na wykorzystanie podanego adresu e-mail przez MACIF Życie TUW do:**

- przestania informacji o tym, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczeń lub wysokości świadczenia oraz do prowadzenia korespondencji w związku z likwidacją zgłoszonej szkody.
- w przypadku zgłoszenia przeze mnie reklamacji - wnoszę o udzielenie mi odpowiedzi na reklamację na podany adres e-mail.

Data: D D M M R R R R	Imię i nazwisko osoby zgłaszającej:	Czytelny podpis osoby zgłaszającej:
------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Potwierdzam, że wszystkie informacje i oświadczenia, wskazane w niniejszym wniosku, zostały złożone w mojej obecności, po zweryfikowaniu przeze mnie tożsamości oraz poprawności ich danych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości ze zdjęciem.

Data: D D M M R R R R	Imię i nazwisko pośrednika:	Nazwa firmy:	Czytelny podpis pośrednika
------------------------------	-----------------------------	--------------	----------------------------

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

MACIF Życie TUW z siedzibą przy ul. Bema 89, 01-233 Warszawa informuje, że:

1. Będzie administratorem Państwa danych osobowych, podanych w niniejszym wniosku.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez adres e-mail: daneosobowe@macif.com.pl lub korespondencyjnie na adres siedziby.
3. Państwa dane będą przetwarzane w celu:
 - I. realizacji świadczenia na rzecz osoby trzeciej (uprawnionego z zawartej umowy ubezpieczenia) oraz realizacji wytycznych Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, gdzie podstawą takiego przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) (dalej: RODO);
 - II. dochodzenia ewentualnych roszczeń prawnych, podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, nadto w celach analitycznych gdzie podstawą takiego przetwarzania jest z art. 6 ust. 1 lit f RODO.
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być zakłady reasekuracji oraz organy ustawowo upoważnione do dostępu do danych w zakresie i celu określonym w przepisach szczególnych (KNF, UFG, GIIF itd.), polskie organy podatkowe. Ponadto Państwa dane mogą być przekazywane Poczcie Polskiej, firmom kurierskim itp. oraz podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa powszechnie obowiązującego m.in. Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej tj. co do zasady 3 lata.
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych osobowych, prawo do sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych osobowych.
7. Niezależnie od praw, o których mowa powyżej przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
8. Podanie danych osobowych w niniejszym wniosku jest dobrowolne, niemniej niezbędne do rozpatrzenia i realizacji wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci.
9. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Rodzaj zdarzenia	Wymagany rodzaj dokumentu	Rodzaj dokumentu
Śmierć w wyniku choroby	1, 2, 3, 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wniosek o wypłatę świadczenia; 2. dokument pozwalający potwierdzić tożsamość Uposażonego lub osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia; prosimy o trwałe usunięcie (np. wycięcie, zamazanie) danych wizerunkowych (zdjęcie, wzrost, kolor oczu itp.) z przekazywanej kopii dokumentu; 3. odpis Aktu zgonu Ubezpieczonego oraz Karta statystyczna do karty zgonu z podaniem przyczyny zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu; 4. postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub wydany przez notariusza akt poświadczenia dziedziczenia - jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych a uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego; 5. karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań dotyczące pobytu w szpitalu; 6. dokumentacja dotycząca przyczyn Nieszczęśliwego Wypadku; notatka policji, w przypadku zawiadomienia policji; protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy; postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze; 7. zaświadczenie lekarskie potwierdzające datę rozpoznania Poważnego Zachorowania oraz pełna dokumentacja medyczna dotycząca zdiagnozowania i leczenia Poważnego Zachorowania: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań dotyczące Poważnego zachorowania; 8. zaświadczenie lekarskie: <ol style="list-style-type: none"> a. określające datę, w której orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji, b. określające rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował Niezdolność do samodzielnej egzystencji, c. potwierdzające, że Ubezpieczony jest trwale niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej lub uzyskiwania jakichkolwiek dochodów i że musi on korzystać z pomocy osób trzecich w celu wykonywania zwykłych czynności życiowych określonych w definicji Niezdolności do samodzielnej egzystencji; 9. dokumentacja medyczna dotycząca Niezdolności do samodzielnej egzystencji 10. dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego - w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia; 11. karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań dotyczące Operacji; 12. zaświadczenie lekarskie określające rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz dokumentacja medyczna związana z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu; 13. dokumentacja medyczna dotycząca zdiagnozowania Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy oraz leczenia: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań; 14. dokumentacja wydana przez organ rentowy stwierdzająca Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy 15. dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia 16. zaświadczenie lekarskie: <ol style="list-style-type: none"> a. określające datę, w której Trwałe i całkowite inwalidztwo zostało orzeczone, b. określające rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował inwalidztwo, c. potwierdzające, że Ubezpieczony jest trwale niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej lub uzyskiwania jakichkolwiek dochodów i że musi on korzystać z pomocy osób trzecich w celu wykonywania zwykłych czynności życiowych określonych w definicji Trwałego i całkowitego inwalidztwa; 17. dokumentacja medyczna dotycząca Trwałego i całkowitego inwalidztwa.
Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5	
Pobyt w szpitalu w wyniku choroby	1, 2, 5	
Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 5, 6	
Poważne zachorowanie	1, 2, 7	
Niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku choroby	1, 2, 8, 10	
Niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 8, 9, 10	
Operacja w wyniku choroby	1, 2, 11	
Operacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 11	
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 12	
Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku choroby	1, 2, 13, 14, 15	
Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 13, 14, 15	
Trwałe i całkowite inwalidztwo w wyniku choroby	1, 2, 15, 16, 17	
Trwałe i całkowite inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 15, 16, 17	

Dokumenty należy przesłać w formie kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem. Uprawnienia do poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: notariusz, radca prawny, adwokat, organ wydający dokument lub pracownik MACIF Życie TUW.

MACIF Życie TUW zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dodatkowe dokumenty, o ile będą one niezbędne do ustalenia istnienia i zakresu odpowiedzialności Towarzystwa.