



ŻYCIE TUW

# 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

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy

Adres zamieszkania / siedziby

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Data urodzenia

PESEL / NIP

Seria i numer dowodu tożsamości

E-mail

Telefon

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania) / siedziby

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

## DANE OSOBOWE UPRAWNIONEGO (UBEZPIECZONEGO)

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy

Adres zamieszkania / siedziby

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Data urodzenia

PESEL / NIP

Seria i numer dowodu tożsamości



Państwo urodzenia

Obywatelstwo

E-mail

Telefon

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)

Imię i Nazwisko

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. pobylem 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 leczyl się Ubezpieczony w związku ze zgłoszonym roszczeniem 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, a 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 Szeffowi 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 znajdują 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 - wnosząc 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	1. Wniosek o wypłatę świadczenia;
Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5	2. dokument pozwalający potwierdzić tożsamość Uposażonego lub osoby występującej z wnioskiem o wypłatę świadczenia; <b>prosimy o trwale usunięcie (np. wycięcie, zamazanie danych wizerunkowych (zdjęcie, wzrost, kolor oczu itp.) z przekazywanej kopii dokumentu;</b>
Pobyt w szpitalu w wyniku choroby	1, 2, 5	3. odpis Aktu zgonu Ubezpieczonego oraz Karta statystyczna do karty zgonu z podaniem przyczyny zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu;
Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 5, 6	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;
Poważne zachorowanie	1, 2, 7	5. karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań dotyczące pobytu w szpitalu;
Niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku choroby	1, 2, 8, 10	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;
Niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 8, 9, 10	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;
Operacja w wyniku choroby	1, 2, 11	8. zaświadczenie lekarskie: <ol style="list-style-type: none"> <li>określające datę, w której orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji,</li> <li>określające rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował Niezdolność do samodzielnej egzystencji,</li> <li>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;</li> </ol>
Operacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 11	9. dokumentacja medyczna dotycząca Niezdolności do samodzielnej egzystencji
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 12	10. dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego - w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia;
Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku choroby	1, 2, 13, 14, 15	11. karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań dotyczące Operacji;
Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 13, 14, 15	12. zaświadczenie lekarskie określające rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz dokumentacja medyczna związana z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu;
Trwałe i całkowite inwalidztwo w wyniku choroby	1, 2, 15, 16, 17	13. dokumentacja medyczna dotycząca zdiagnozowania Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy oraz leczenia: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, wyniki badań;
Trwałe i całkowite inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 6, 15, 16, 17	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"> <li>określające datę, w której Trwałe i całkowite inwalidztwo zostało orzeczone,</li> <li>określające rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował inwalidztwo,</li> <li>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;</li> </ol>
		17. dokumentacja medyczna dotycząca Trwałego i całkowitego inwalidztwa.

Dokumenty należy przestać 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.