

DANE OSOBOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Nazwisko/Nazwa				Imię							
Data urodzenia		PESEL/REGON		Seria i numer dokumentu tożsamości							
D	D	M	M	R	R	R	R				
Kraj pochodzenia				Obywatelstwo							
Adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr mieszkania)				Kod pocztowy		Miejscowość					
Tel.				Tel. kom.							
				Kraj							
				E-mail*							

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych we wniosku oraz wszelkich innych załączonych dokumentach w celu oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wypłaty świadczenia. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych, jest MACIF Życie TUV z siedzibą przy ul. Bema 89, 01-233 Warszawa, oraz zostałem poinformowany o prawie do dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania, a także o dobrowolności ich podawania. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż dane osobowe podane w niniejszym wniosku są zbierane i przetwarzane w związku z realizacją obowiązków nałożonych na zakłady ubezpieczeń wynikających z ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t. j. z dnia 17 lutego 2016 r Dz. U. z 2016 r., poz. 299 z późn. zm.). Powyższe upoważnienie obejmuje udostępnienie i przekazywanie ww. danych zakładom reasekuracji w celu wykonywania umowy ubezpieczenia.

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

- przesłania informacji o tym, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu 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:	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis osoby zgłaszającej ▼									
D	D	M	M	R	R	R	R				

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU BENEFICJENTA RZECZYWISTEGO*

MACIF Życie TUV, na podstawie ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, jest zobowiązane do pozyskiwania od swoich klientów poniższych informacji.

Oświadczam, że posiadam beneficjenta rzeczywistego*: TAK NIE

Dane beneficjenta rzeczywistego*:

Imię i nazwisko				Data urodzenia				PESEL										
				D				D	M	M	R	R	R	R				
Obywatelstwo		Dowód osobisty		Paszport		Karta pobytu		Inny (jaki?)		Seria i numer dokumentu tożsamości				Kod kraju (w przypadku paszportu)				

Data:	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis osoby zgłaszającej ▼									
D	D	M	M	R	R	R	R				

* Zgodnie z art. 2 pkt 1a ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. z dnia 17 lutego 2016 r., Dz. U. z 2016 r., poz. 299 z późn. zm.) przez beneficjenta rzeczywistego rozumie się:

- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są właścicielami osoby prawnej lub sprawują kontrolę nad klientem albo mają wpływ na osobę fizyczną, w imieniu której przeprowadzana jest transakcja lub prowadzona jest działalność,
- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są udziałowcami lub akcjonariuszami, lub posiadają prawo głosu na zgromadzeniu wspólników w wysokości powyżej 25% w tej osobie prawnej, w tym za pomocą pakietów akcji na okaziciela, z wyjątkiem spółek, których papiery wartościowe są w obrocie zorganizowanym, podlegających lub stosujących przepisy prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równoważnego – w przypadku osób prawnych,
- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują kontrolę nad co najmniej 25% majątku – w przypadku podmiotów, którym powierzono administrowanie wartościami majątkowymi oraz rozdzielanie takich wartości, z wyjątkiem podmiotów wykonujących czynności, o których mowa w art. 69 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w tym dokumencie są prawdziwe i zostały podane w zgodzie z moją najlepszą wiedzą. Oświadczam także, że żadne informacje, które mogłyby wpłynąć na decyzję o wypłacie świadczenia, nie zostały przeze mnie pominięte ani zatajone.

Data:	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis osoby zgłaszającej ▼									
D	D	M	M	R	R	R	R				

LISTA WYMAGANYCH DOKUMENTÓW (KSEROKOPIE POŚWIADCZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM LUB ORYGINAŁY)

1. Karta informacyjna leczenia szpitalnego,
2. Dokumentacja dotycząca przyczyn Nieszczęśliwego wypadku,
3. Kopia dokumentu pozwalającego stwierdzić tożsamość Ubezpieczonego.

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

Uprawnienia do poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: notariusz, radca prawny, adwokat, organ wydający dokument lub pracownik MACIF Życie TUV.