

OSOBA ZGŁASZAJĄCA: UBEZPIECZONY INNY: _____

Nr polisy: _____

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko _____

Imię _____

Data urodzenia

D D M M R R R R

PESEL _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

RODZAJ ZDARZENIA

 Zawał serca

Data wystąpienia: _____

D D M M R R R R

 Udar mózgu

Data wystąpienia: _____

D D M M R R R R

 Nowotwór złośliwy

Data wystąpienia: _____

D D M M R R R R

 Przeszczep narządu

Data wystąpienia: _____

D D M M R R R R

Proszę podać kiedy pojawiły się pierwsze objawy, przebieg choroby oraz przebieg leczenia:

Proszę podać datę rozpoznania choroby: _____

D D M M R R R R

Proszę podać nazwę i adres placówek medycznych, do których osoba ubezpieczona zgłaszała się w ciągu ostatnich pięciu lat:

CESJA

Czy dokonano cesji praw do polisy na rzecz innych osób lub instytucji?

 TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły cesji: _____

INNE UBEZPIECZENIA OSOBOWE

Nazwa Towarzystwa Ubezpieczeniowego: _____

Suma ubezpieczenia: _____

Data rozpoczęcia ochrony: _____

D D M M R R R R

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

FORMA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/-a proszę o wypłatę świadczenia na rachunek bankowy należący do (imię i nazwisko): _____

Nazwa banku: _____

Numer rachunku: _____

▼ Czytelny podpis właściciela rachunku ▼

Zapłała na podany numer rachunku jest prawidłowym spełnieniem świadczenia zgodnie z moją wolą i nie będę wnosil z tego tytułu roszczeń.

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

DANE OSOBOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Nazwisko/Nazwa				Imię			
Data urodzenia				PESEL/REGON			
Kraj pochodzenia				Obywatelstwo			
Adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr mieszkania)				Kod pocztowy		Miejscowość	
Tel.				Tel. kom.			
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:

- przestania 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							
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. Dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
2. Karty informacyjne leczenia szpitalnego, historię choroby, wyniki badań dotyczące Poważnego zachorowania.

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.