WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO I CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA

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 _____

PONIŻSZE RUBRYKI NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY TRWAŁE I CAŁKOWITE INWALIDZTWO OSOBY UBEZPIECZONEJ NASTĄPIŁO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

Data wypadku: D D M M R R R R Godzina: __ : __ Miejsce wypadku: _____

Opis wypadku:

Czy w związku ze zdarzeniem zostało wszczęte postępowanie Policji/Prokuratury? ☐ **TAK** ☐ **NIE** Jeśli tak, proszę podać nazwę i adres: _____

PONIŻSZE RUBRYKI NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY TRWAŁE I CAŁKOWITE INWALIDZTWO OSOBY UBEZPIECZONEJ NASTĄPIŁO NA SKUTEK CHOROBY

Kiedy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia osoby ubezpieczonej: D D M M R R R R Data pierwszej porady lekarskiej: D D M M R R R R

Data pierwszych objawów choroby: D D M M R R R R Imię i nazwisko lekarza prowadzącego: _____

Proszę podać nazwy i adresy placówek medycznych, do których osoba ubezpieczona zgłaszała się w ciągu ostatnich pięciu lat poprzedzających Trwałe i całkowite inwalidztwo:

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

WOWŚ.TCI/02/17

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▼

DANE OSOBOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Nazwisko/Nazwa

Imię

Data urodzenia D D M M R R R R

PESEL/REGON

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kraj pochodzenia

Obywatelstwo

Adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr mieszkania)

Kod pocztowy –

Miejscowość

Kraj

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

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU BENEFICJENTA RZECZYWISTEGO*

MACIF Życie TUW, 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 D D M M R R R R

PESEL

Obywatelstwo

Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Karta pobytu ☐ Inny (jaki?) ☐ _____

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod kraju (w przypadku paszportu)

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

* 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:

a) 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,

b) 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,

c) 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.

WOWŚ.TCI/02/17

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 ▼

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

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

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

LISTA WYMAGANYCH DOKUMENTÓW

(KSEROKOPIE POŚWIADCZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM LUB ORYGINAŁY)

1. Zaświadczenie lekarskie
   a) określające datę, w której Trwałe i całkowite inwalidztwo zostało orzeczone,
   b) określające rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował Trwałe i całkowite inwalidztwo,
   c) potwierdzające, że Ubezpieczony jest trwale niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek 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,
2. Dokumentację medyczną dotyczącą Trwałego i całkowitego inwalidztwa,
3. Kopię dokumentu pozwalającego stwierdzić tożsamość Ubezpieczonego,
4. Dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia, wraz z kopią dokumentu tożsamości tej osoby.

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.

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

WOWŚ.TCI/02/17