

OSOBA ZGŁASZAJĄCA: UBEZPIECZONY INNY: _____

Nr polisy: _____

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko _____

Imię _____

Data urodzenia _____

PESEL _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

D D M M R R R R

PONIŻSZE RUBRYKI NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY NASTĄPIŁA 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 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY NASTĄPIŁA 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 Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy: _____

Proszę podać nazwę organu rentowego stwierdzającego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy: _____

Data: _____

D D M M R R R R

Miejscowość: _____

▼ Czytelny podpis osoby zgłaszającej ▼

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: _____

DDMMRRRR

Data: DD MM RRRR	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis osoby zgłaszającej ▼
---------------------	--------------	--

DANE OSOBOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Nazwisko/Nazwa

Data urodzenia

DD MM RRRR

PESEL/REGON

Kraj pochodzenia

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

Tel.

Tel. kom.

Imię

Seria i numer dokumentu tożsamości

Obywatelstwo

Kod pocztowy

_____ - _____

Miejscowość

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: DD MM RRRR	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis osoby zgłaszającej ▼
---------------------	--------------	--

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

DD MM RRRR

PESEL

Obywatelstwo

Dowód osobisty

Paszport

Karta pobytu

Inny (jaki?)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod kraju (w przypadku paszportu)

Data: DD MM RRRR	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:

- 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.

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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	▼ 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejscowość: _____	▼ Czytelny podpis osoby zgłaszającej ▼
---	--------------------	--

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

1. Dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowania Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy oraz leczenia (karty informacyjne leczenia szpitalnego, historie choroby, wyniki badań),
2. Dokumentację wydaną przez organ rentowy stwierdzającą Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
3. Kopię dokumentu pozwalającego stwierdzić tożsamość Ubezpieczonego.

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.