

Zaznacz właściwe pole:

Śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku Choroba Wypadek

MetLife umożliwia zgłoszenie roszczenia w formie kopii lub skanu, jednocześnie zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów.

Numer polisy/umowy

Nazwa instytucji finansowej/dostawcy

Dane osoby, której zdarzenie dotyczy

Zdarzenie dotyczy?: Ubezpieczonego Głównego Małżonka Partnera Dziecka Ubezpieczonego Głównego

Imię Państwo urodzenia (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL)

Nazwisko Obywatelstwo

Nazwisko rodowe Seria i numer dowodu osobistego/paszportu¹⁾

Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL) DD MM RRRR PESEL

Zawód wykonywany oraz wykształcenie²⁾

Dane osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia

W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie? Ubezpieczonego Uprawnionego/Uposażonego Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego/Uposażonego Pełnomocnika Uprawnionego/Uposażonego³⁾

Imię Państwo urodzenia (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL)

Nazwisko Obywatelstwo

Nazwisko rodowe Seria i numer dowodu osobistego/paszportu

Data urodzenia (gdy nie nadano nr PESEL) DD MM RRRR PESEL

Adres zamieszkania/korespondencyjny w sprawie roszczenia

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Telefon E-mail

Wskazanie adresu e-mail i/lub numeru telefonu komórkowego oznacza zgodę na przekazywanie przez MetLife Europe Insurance d.a.c. informacji związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia, a w szczególności dotyczących zgłoszonego roszczenia na podany adres e-mail i/lub numer telefonu. Nie jest to zgoda na otrzymywanie ze strony MetLife Europe Insurance d.a.c. informacji reklamowych.

Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia DD MM RRRR Miejsce zdarzenia (nazwa, adres)

Okoliczności, przebieg zdarzenia, opis obrażeń odniesionych w wypadku lub rozpoznanie choroby

Opis obecnego stanu zdrowia

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby DD MM RRRR Nie dotyczy Data rozpoznania choroby DD MM RRRR Nie dotyczy

Okres zwolnienia lekarskiego od DD MM RRRR do DD MM RRRR Nie dotyczy Data zakończenia leczenia i rehabilitacji DD MM RRRR Nie dotyczy W trakcie

Okres całkowitej/czasowej niezdolności do pracy⁴⁾ od DD MM RRRR do DD MM RRRR Nie dotyczy

Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych? Tak Nie

Czy w związku ze zdarzeniem pracodawca sporządził protokół powypadkowy? Tak Nie Jeśli tak, prosimy o załączenie kopii protokołu powypadkowego.

Czy w związku ze zdarzeniem na miejscu wypadku była obecna policja lub czy policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub prowadzą postępowanie? Tak Nie

Jeśli tak, prosimy o przesłanie kopii dokumentacji w sprawie, a w przypadku jej braku wskazanie pełnego adresu jednostek prowadzących postępowanie oraz sygnatury akt sprawy.

Numer sprawy

* MetLife Europe Insurance d.a.c.

¹⁾ Nie dotyczy w przypadku śmierci.

²⁾ Właściwie zaznaczyć.

³⁾ Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa oraz kopię dokumentu tożsamości pełnomocnika.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.



Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem.

Pierwsza pomoc medyczna (nazwa, adres placówki, data)										
Pozostałe placówki, w których prowadzono leczenie (nazwa, adres)		Okres: od <table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R
D	D	M	M	R	R	R	R			
Placówka podstawowej opieki zdrowotnej/lekarz rodzinny (nazwa, adres).										

Forma wypłaty świadczenia

Przelew na wskazany numer rachunku bankowego																					
Numer rachunku bankowego	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Nazwisko i imię właściciela rachunku																					
Adres właściciela rachunku																					

Rekomendujemy powyższą formę wypłaty ze względu na szybkość i bezpieczeństwo realizacji świadczenia. W przypadku braku wskazania formy wypłaty świadczenia środki zostaną wypłacone przekazem pocztowym na adres do korespondencji w sprawie roszczenia podany w niniejszym formularzu.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikających z art. 233 k.k. oświadczam, że przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam, a informacje i odpowiedzi na pytania zawarte na 1 i 2 stronie formularza są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. W razie poświadczenia nieprawdy zobowiązuję się zwrócić otrzymane świadczenie w terminie 14 dni od daty wezwania przez MetLife.

Zostałem/am poinformowany/a przez MetLife Europe Insurance d.a.c., że wszelkie reklamacje wynikające z umowy ubezpieczenia winny być przesyłane do MetLife pisemnie, elektronicznie, na adres e-mail wskazany przez MetLife lub telefonicznie na numer wskazany przez MetLife (do protokołu). W przypadku nieuznania reklamacji przez MetLife można się zwrócić w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta w Polsce, a także do Rzecznika Praw Obywatelskich ds. Usług Finansowych i Emerytur w Irlandii (Irish Financial Services and Pensions Ombudsman). Jednakże, zgodnie z procedurą Centralnego Banku Irlandii, do Rzecznika Praw Obywatelskich ds. Usług Finansowych i Emerytur w Irlandii (Irish Financial Services and Pensions Ombudsman) można zgłaszać reklamacje tylko w przypadku uzyskania ostatecznej odpowiedzi od MetLife. Reklamacje Klientów będących osobami fizycznymi rozpatrywane są w ciągu 30 dni kalendarzowych od dnia ich otrzymania przez MetLife. W sprawach szczególnie skomplikowanych wspomniany powyżej termin może ulec wydłużeniu maksymalnie do 60 dni kalendarzowych, o czym osoba składająca reklamację zostanie poinformowana.

Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia MetLife Europe Insurance d.a.c. informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie MetLife Europe Insurance d.a.c. informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż MetLife Europe Insurance d.a.c. zakład ubezpieczeń do udostępnienia MetLife Europe Insurance d.a.c. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia MetLife Europe Insurance d.a.c. informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności MetLife Europe Insurance d.a.c. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Miejscowość i data

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie, uprawnionej do odbioru świadczenia, lub pełnomocnika, lub przedstawiciela ustawowego

Informacje o wymaganych dokumentach w zależności od posiadanej ochrony ubezpieczeniowej

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu ¹⁾ :
• śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	1. „Wniosek o wypłatę świadczenia” 2. kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego 3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu
• całkowite i trwałe inwalidztwo/ niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	4. kopia dokumentu tożsamości każdego z uposażonych/spadkobierców lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP 5. kopia dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury, lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresu jednostki policji, prokuratury lub sądu, która prowadzi/ła postępowanie w sprawie
• trwałe inwalidztwo	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
• czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	8. kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności 9. kopia innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku
• złamanie lub oparzenie	1, 5, 6, 7, 9, 10, 17	10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego/współubezpieczonego (gdy są oni niepełnoletni – opiekuna prawnego) lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul RP
• poważna choroba, operacja	1, 10, 11, 14 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 9	11. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego 12. kopia zwolnień lekarskich 13. kopia dowodu aktywności zawodowej
• hospitalizacja	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo: 5, 6, 7, 9, 17	14. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego 15. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego
• wszystkie rodzaje zdarzeń	jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, poinformujemy o tym niezwłocznie	16. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka 17. jeśli zdarzenie dotyczy małżonka, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz 15; jeśli zdarzenie dotyczy partnera, dodatkowo: kopia dokumentu tożsamości partnera; jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, dodatkowo: 16

¹⁾ Informujemy, że MetLife zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz lub organ wydający dokument.

Kto jest administratorem danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest MetLife Europe Insurance d.a.c. (MetLife), 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irlandia.

W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

Na podstawie przepisów prawa możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia,
- przeciwdziałania finansowaniu terroryzmu i przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- podejmowania działań, których celem jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym,
- reasekuracji ryzyka, czyli przekazania części ryzyka z umowy ubezpieczenia innym uprawnionym do tego podmiotom.

Czy podanie danych osobowych jest konieczne?

Podanie nam danych jest:

- dobrowolne, ale niezbędne, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych.

W jakim czasie będziemy przetwarzać dane osobowe?

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy,
- w którym możliwe jest dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

Komu możemy przekazać dane osobowe?

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo, w tym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi do wykonania umowy,
- podmiotom zewnętrznym na podstawie udzielonej zgody,
- innym podmiotom poza granicami Unii Europejskiej, tj. w Stanach Zjednoczonych oraz Indiach (na podstawie umów, jakie mamy z nimi zawarte). Te spółki stosują odpowiednie zabezpieczenia ochrony danych osobowych. Dane przekazujemy zgodnie z treścią Standardowych Klauzul Umownych, które zatwierdziła Komisja Europejska, lub na innej prawnie dopuszczalnej podstawie.

Jakie są prawa osoby, która przekazała nam dane?

Osoba, która przekazała nam dane, ma prawo do:

- dostępu do nich,
- ich poprawiania,
- przenoszenia danych,
- wycofania zgody na przetwarzanie,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych.

Osoba, która udostępnia nam swoje dane, ma prawo zgłosić skargę do Organu Nadzoru, którym jest Data Protection Commissioner, 21 Fitzwilliam Square, Dublin 2, Ireland. Pytania związane z przetwarzaniem przez nas danych osobowych prosimy kierować do naszego Inspektora Danych Osobowych na adres e-mail: DataProtectionIreland@MetLife.com.

Zespół MetLife