

# Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego

# MetLife Amplico<sup>SM</sup>

Z tytułu (należy zaznaczyć rodzaj zdarzenia, którego dotyczy niniejsze roszczenie)

- Śmierci Ubezpieczonego    
  Czasowej niezdolności do pracy    
  Całkowitego i trwałego inwalidztwa / Niezdolności do pracy  
 Pobytu w szpitalu    
  Groźnej choroby

Numer umowy z Instytucją / Ubezpieczającym: 171002359

Nazwa Ubezpieczającego (Instytucji): DnB NORD

## Dane osoby ubezpieczonej

Imię: JAN  
 Nazwisko: RONALSKI  
 Nazwisko rodowe: \_\_\_\_\_  
 Seria i numer dowodu osobistego / paszportu<sup>1)</sup>: AMX666211    
 Data urodzenia: 10101980    
 PESEL: 80101072863

## Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia: 21022013    
 Miejsce zdarzenia (nazwa, adres): WARSZAWA, UL. AMPLIKOWA 6

Okoliczności, przebieg zdarzenia: OPIS

Opis obrażeń odniesionych w wypadku lub rozpoznanie choroby: OPIS

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby: DDMMRRRR    
 Nie dotyczy     
 Data wystąpienia obrażeń fizycznych: DDMMRRRR    
 Nie dotyczy   
 Okres zwolnienia lekarskiego od DDMMRRRR do DDMMRRRR    
 Nie dotyczy   
 Okres całkowitej / czasowej niezdolności do pracy<sup>2)</sup> od DDMMRRRR do DDMMRRRR    
 Nie dotyczy

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

Czy w związku ze zdarzeniem policja, prokuratura lub sąd prowadziły lub prowadzą postępowanie?    
 Tak  (prosimy o podanie nazwy i adresu danej jednostki)    
 Nie

Nazwa: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_

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

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem.  
 Pierwsza pomoc medyczna (data, nazwa, adres placówki):  
 Nazwa: n.d.  
 Adres: \_\_\_\_\_    
 Okres: od DDMMRRRR

Pozostałe adresy placówek, w których prowadzono leczenie:  
 Nazwa: n.d.    
 Adres: \_\_\_\_\_    
 Nazwa: \_\_\_\_\_    
 Adres: \_\_\_\_\_

Nazwa i dane placówki podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny):  
DANE

Prosimy o określenie obecnego stanu zdrowia w związku ze zgłaszaną chorobą lub doznanymi obrażeniami fizycznymi<sup>1)</sup>:  
n.d.

1) Nie dotyczy w przypadku śmierci.  
 2) Niepotrzebne skreślić.

## Dane osoby zgłaszającej roszczenie

W jakim charakterze zgłasza Pań/ roszczenie<sup>1)</sup>? Ubezpieczonego  Uprawnionego / Uposażonego  Przedstawiciela Ustawowego Uprawnionego / Uposażonego  Pełnomocnika Uprawnionego / Uposażonego<sup>2)</sup>

Imię ANNA Nazwisko KOWALSKA

Nazwisko rodowe NOWAK

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu AMY321678 Data urodzenia 09/01/1981 PESEL 811010933456

Adres korespondencyjny w sprawie roszczenia

Ulica PROSTA Nr domu 9 Nr lokalu 13

Miejscowość WARSZAWA Kod pocztowy 00-321

Telefon 600500400 E-mail ANNA.KOWALSKA@O2.PL

## Forma wypłaty świadczenia

### a) reinwestycja (nowy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia lub na rachunek istniejącej polisy)

Numer wniosku / polisy  Kwota

### b) przelew na wskazany numer konta

Numer rachunku bankowego 5321100000000321175432100

Nazwisko i imię właściciela rachunku ANNA NOWAK KOWALSKA

Adres właściciela rachunku PROSTA 9/13 WARSZAWA

**Rekomendujemy powyższe formy 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.**

### Oświadczania

Przyjmuję do wiadomości, iż Amplico Life S.A. przetwarzacz będzie moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści.

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi drogą elektroniczną przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail informacji związanych z wykonaniem zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczących zgłoszonych roszczeń. Tak  Nie

Jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania. Potwierdzam, że informacje i odpowiedzi na pytania zawarte na 1 i 2 stronie formularza są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

### Oświadczenie osoby ubezpieczonej, której zdarzenie dotyczy

Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia Amplico Life S.A. informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia oraz wysokości świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny zakład ubezpieczeń do udostępnienia Amplico Life S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych w wyżej wskazanym zakresie. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Należy złożyć podpis zgodny z wzorem podpisu z kopii załączonego dokumentu tożsamości.

WARSZAWA 09.04.2013

Miejscowość i data

Anna Kowalska

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie

## Informacje o wymaganych dokumentach

Zdarzenia:	Wymagane dokumenty:	Rodzaj dokumentu:
• śmierć Ubezpieczonego	1, 2, 3	1. formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia grupowego” 2. oryginalny odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego lub kopia potwierdzona notarialnie lub przez uprawnionego pracownika Ubezpieczającego (banku/instytucji finansowej)
• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1, 2, 3, 4, 5, 6	3. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub jakiegokolwiek dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu 4. kopia dokumentu tożsamości uposażonych/wspadkobierców 5. kopia dokumentacji dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonych 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
• całkowite i trwałe inwalidztwo/niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy 7. kopia dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie
• czasowa niezdolność do pracy	1, 7, 8, 10, 12, 13 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	8. kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane) 9. informacje potwierdzające okoliczności wypadku
• zachorowanie na groźną chorobę	1, 10, 11, 14	10. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego 11. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego 12. kopia zwolnień lekarskich
• pobyt w szpitalu	1, 10, 11 i jeśli zdarzenie powstało wskutek nieszczęśliwego wypadku dodatkowo: 5, 6, 9	13. kopia dowodu aktywności zawodowej 14. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, 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

<sup>1)</sup> Właściwie zaznaczyć.

<sup>2)</sup> Należy dołączyć dokument pełnomocnictwa.