

Proszę uzupełnić formularz ręcznie, drukowanymi literami (nie czarnym długopisem) lub elektronicznie.

### Dane ubezpieczonego

Numer polisy \*

Imię i nazwisko ubezpieczonego

Numer PESEL

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Nazwa i adres pracodawcy

Pozycja

### Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego

Data zgonu

Godzina zgonu

Miejsce zgonu

Przyczyna zgonu (nazwa choroby, rodzaj obrażeń):

Proszę opisać okoliczności zgonu, w przypadku choroby proszę opisać rozwój i przebieg (data pierwszych objawów choroby, opis leczenia...):

Czy zdarzenie było przedmiotem policyjnego dochodzenia? Jeżeli tak, proszę wymienić adres wydziału i numer referencyjny:

tak

nie

Nazwisko i adres lekarza rodzinnego ubezpieczonego, telefon, email:

Nazwiska i adresy lekarzy-specjalistów, którzy leczyli ubezpieczonego w związku z wymienionym powyżej obrażeniem lub chorobą (telefon, email):

Czy ubezpieczony posiadał polisę na życie, od następstw nieszczęśliwych wypadków lub ubezpieczenie turystyczne u innego zakładu ubezpieczeń? Jeżeli tak, proszę podać wymienić nazwę zakładu ubezpieczeń, rodzaj ubezpieczenia, kwotę ubezpieczenia oraz czy na podstawie tego ubezpieczenia wnioskuję się o odszkodowanie w wyniku tego samego zdarzenia.

tak

nie

### Dane osoby upoważnionej (beneficjenta)

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Obywatelstwo

Telefon

E-mail

Proszę uzupełnić również następną stronę

\* W przypadku posiadania przez ubezpieczonego kilku polis, proszę podać wymienić ich numery na drugiej stronie formularza (Informacje dodatkowe)



0211091WP0541013

Adres do korespondencji

Stosunek do ubezpieczonego

kod banku

nr rachunku

Numer rachunku na wypadek  
wypłaty odszkodowania \*\*

W przypadku, że świadczenie przekroczy kwotę 10.000,- zł, zostanie Pan/Pani poproszony o przedłożenie uwierzytelnionego podpisu na oddzielnym formularzu, który zostanie Panu/Pani przesłany po przyznaniu świadczenia.

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że wszelkie dane podane w niniejszym formularzu lub informacje udzielone w związku z niniejszym oświadczeniem, są zgodne z prawdą i były udzielone zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą. Moje wyżej wymienione lub w inny sposób udzielone dane osobowe zostaną przez spółkę MetLife pojišťovna a.s., jako administratora, przetworzone bez zgody podmiotu danych § 5 ust. 2 lit. e) ustawy 101/2000 Dz.U. [CZ], o ochronie danych osobowych i o zmianie niektórych ustaw, z późn.zm. Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli udzielone dane, oświadczenia i informacje nie były prawdziwe, MetLife pojišťovna a.s. na prawo obniżyć kwotę odszkodowania lub odmówić jego wypłaty.

#### Podpis osoby zgłaszającej roszczenie

(podpis opiekuna prawnego w przypadku nieletniego dziecka)

Data

### Informacje dodatkowe

### Identyfikacja osoby upoważnionej (beneficjenta) / przedstawiciela ustawowego nieletnich

Jeżeli zgłasza Pan/Pani roszczenie o odszkodowanie w wysokości 3.500,- zł lub w wyższej kwocie, niezbędne jest przeprowadzenie identyfikacji (zgodnie z ustawą nr 253/2008 Dz.U. [CZ] oraz odnośnymi przepisami wewnętrznymi ubezpieczającego).

Identyfikacja beneficjenta odszkodowania może zostać przeprowadzona przez upoważnionego pracownika ubezpieczającego, agenta ubezpieczeniowego, urząd miasta lub gminy, notariusza lub przez inny urząd uprawniony do przeprowadzenia identyfikacji.

Imię i nazwisko osoby identyfikowanej

Numer dowodu osobistego/paszportu

Data wydania

Wydał

Ważny od

Do

Pieczęć instytucji i/lub podpis osoby, która sprawdziła dane identyfikacyjne wymienionej wyżej osoby na podstawie dokumentu tożsamości. Niniejszym potwierdzamy podobieństwo ze zdjęciem w dokumencie tożsamości.

W przypadku przeprowadzenia identyfikacji przez agenta ubezpieczeniowego proszę uzupełnić następujące dane:

Imię i nazwisko agenta ubezpieczeniowego pismem drukowanym

Numer agenta ubezpieczeniowego

### Instrukcje dla osoby wnioskującej o odszkodowanie

Proszę odpowiedzieć wyczerpująco na wszystkie pytania w niniejszym formularzu (2a)

Drugi formularz (2b) proszę przekazać do wypełnienia lekarzowi prowadzącemu ubezpieczonego.

Do uzupełnionych formularzy proszę załączyć:

- kopię raportu szpitalnego (z hospitalizacji)
- kopię protokołu policyjnego dotyczącego dochodzenia w sprawie wypadku
- kopię dowodu osobistego osoby upoważnionej (beneficjenta); kopię aktu urodzenia, jeżeli osobą upoważnioną (beneficjentem) jest dziecko
- uwierzytelnioną kopię aktu zgonu
- oryginał Polisy

Wypełnione formularze oraz wymienione wyżej dokumenty prosimy przesłać na adres MetLife pojišťovna a.s., Skr. pocztowa nr 33, 44-350 Gorzyce.