

Ubezpieczenie indywidualne z tytułu zgonu

MetLife AmplicoSM

Oświadczenie zgłaszającego

CL I-01



Numer Polisy	<input type="text"/>	Numer Agenta	<input type="text"/>
Imię i nazwisko Ubezpieczonego	<input type="text"/>	Nazwisko panięskie	<input type="text"/>
Ostatnie miejsce zameldowania	<input type="text"/>	Obywatelstwo	<input type="text"/>
Data zgonu Ubezpieczonego	<input type="text"/>	Miejsce zgonu (nazwa placówki, adres)	<input type="text"/>
Data urodzenia Ubezpieczonego	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia	<input type="text"/>

1. Przyczyna zgonu.

2. Data wystąpienia pierwszych objawów choroby będącej przyczyną zgonu lub data i okoliczności wypadku.

3. Prosimy wymienić nazwisko lekarza lub/oraz nazwy placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w okresie ostatnich trzech lat.

Nazwisko / Placówka	<input type="text"/>	Adres	<input type="text"/>
Data	od <input type="text"/> do <input type="text"/>	Przyczyna	<input type="text"/>
Nazwisko / Placówka	<input type="text"/>	Adres	<input type="text"/>
Data	od <input type="text"/> do <input type="text"/>	Przyczyna	<input type="text"/>

4. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki podstawowej opieki zdrowotnej.

5. Czy miały miejsce jakiegokolwiek inne dodatkowe fakty, które w Pana/i przekonaniu mogłyby pomóc Towarzystwu w rozpatrzeniu Pana/i roszczenia?

6. W jakim charakterze zgłasza Pan/i roszczenie? Uposażonego Przedstawiciela Ustawowego Uposażonego Pełnomocnika Uposażonego

7. Imię i nazwisko Uposażonego	<input type="text"/>	Nazwisko panięskie	<input type="text"/>
8. Data urodzenia Uposażonego	<input type="text"/>	8a. Miejsce urodzenia Uposażonego	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	Seria i numer dowodu osobistego / paszportu	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny Uposażonego	Ulica <input type="text"/>	Nr domu <input type="text"/>	Nr lokalu <input type="text"/>
	Miejscowość <input type="text"/>	Kod pocztowy <input type="text"/>	

Dyspozycja przekazania przyznanego świadczenia

W związku z przysługującą mi kwotą świadczenia z tytułu zawartej z Amplico Life S.A. Umowy ubezpieczenia, proszę o przekazanie należnej mi kwoty:

a) przelewem na wskazany numer konta

Nazwa banku	<input type="text"/>
Numer rachunku bankowego	<input type="text"/>
Nazwisko i imię właściciela rachunku	<input type="text"/>
Adres właściciela rachunku	<input type="text"/>

b) przekazem pocztowym na wskazany adres

Nazwisko i imię	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>

c) na poczet nowego Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub istniejącej Polisy

1) Numer Wniosku / Polisy	<input type="text"/>	Kwota	<input type="text"/>	2) Numer Wniosku / Polisy	<input type="text"/>	Kwota	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	-------	----------------------	---------------------------	----------------------	-------	----------------------

W przypadku braku wypełnionej Dyspozycji świadczenie zostanie wypłacone przekazem pocztowym na adres do korespondencji podany Towarzystwu.

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą odpowiedzi na powyższe pytania są prawdziwe i wyczerpujące.

Oświadczenie

Przyjmuję do wiadomości, iż Amplico Life S.A. przetwarzać 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 jej treści.

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie informacji identyfikacyjnych i teleadresowych przez spółki powiązane z Amplico Life S.A. w rozumieniu kodeksu spółek handlowych w celu promocji i marketingu oferowanych przez nie produktów i usług.

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy/a, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Tak

Nie

Podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu z kopii załączonego dokumentu tożsamości.

Miejscowość i data

Podpis Uposażonego / Przedstawiciela Ustawowego Uposażonego / Pełnomocnika Uposażonego

Ubezpieczenie indywidualne z tytułu zgonu

MetLife AmplicoSM

Oświadczenie lekarza*

CL I-02



Imię i nazwisko zmarłego / Ubezpieczonego	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ostatnie miejsce zamieszkania	<input type="text"/>
1. Data zgonu.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2. Miejsce zgonu (jeśli w szpitalu lub innej placówce medycznej, prosimy podać nazwę i adres).	<input type="text"/>		
3. Przyczyna zgonu:			
Bezpośrednia	<input type="text"/>	Okres między początkiem objawów a zgonem	<input type="text"/>
Wtórna	<input type="text"/>	Okres między początkiem objawów a zgonem	<input type="text"/>
Wyjściowa	<input type="text"/>	Okres między początkiem objawów a zgonem	<input type="text"/>
4. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok? Jeśli „Tak”, przez kogo była wykonana i co stwierdzono?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
5. Jeśli śmierć nastąpiła wskutek wypadku, samobójstwa lub zabójstwa, prosimy podać okoliczności zdarzenia (także inne ważne informacje dotyczące śmierci lub stanu zdrowia zmarłego).	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
6. Czy pacjent był leczony w ciągu ostatnich pięciu lat?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Rodzaj choroby / obrażenia	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Placówka medyczna, rodzaj leczenia lub badań diagnostycznych	<input type="text"/>		
Rodzaj choroby / obrażenia	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Placówka medyczna, rodzaj leczenia lub badań diagnostycznych	<input type="text"/>		
Rodzaj choroby / obrażenia	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Placówka medyczna, rodzaj leczenia lub badań diagnostycznych	<input type="text"/>		
7. Kiedy udzielił/a Pan/i pierwszej i ostatniej porady lekarskiej podczas ostatniej choroby?	<input type="text"/>		

*Prosimy o wypełnienie formularza, stosując nazwy zgodne z międzynarodową klasyfikacją chorób, urazów i przyczyn zgonów.

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis lekarza

Adres i nr telefonu lekarza

Informacje dla zgłaszającego roszczenie

Formularz Zgłaszającego roszczenie – winien być wypełniony przez osobę lub osoby uprawnione do wypłaty świadczenia.

W przypadku, kiedy Uposażonych jest więcej niż jeden, każdy winien wypełnić osobny formularz CL I-01.

Jeżeli Uposażony jest niepełnoletni, w jego imieniu formularz wypełnia opiekun prawny, który wypełnia dodatkowo stosowne Oświadczenie o sprawowaniu opieki prawnej.

Jeżeli jeden z Uposażonych nie żyje, niezbędne jest załączenie oryginalnego skróconego aktu zgonu zmarłego Uposażonego.

Formularz Oświadczenie lekarza wypełnia lekarz stwierdzający zgon i potwierdzający przyczynę zgonu.

W przypadku roszczenia złożonego przez więcej niż jednego Uposażonego formularz CL I-02 wypełnia się tylko raz.

Warunkiem rozpatrzenia roszczenia jest załączenie do wypełnionego formularza dodatkowych dokumentów:

- kopii dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy) każdego Uposażonego potwierdzonego notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez Specjalistkę ds. Obsługi Klienta Agencji Amplico Life,
- kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu (rozpoznanie i leczenie choroby będącej przyczyną zgonu), karty statystycznej do aktu zgonu,
- oryginalnego skróconego odpisu aktu zgonu,
- jeżeli obrażenia powstały w wyniku wypadku, którego okoliczności badała jednostka Policji lub Prokuratury – kopii postanowienia kończącego wydanego przez ww. organ lub wskazanie jej adresu,
- jeżeli obrażenia powstały w trakcie wykonywania obowiązków służbowych (w drodze do/z pracy) – kopii protokołu powypadkowego z zakładu pracy.

W szczególnych i uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów.