



## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

### I. Przedmiot skargi/reklamacji:

1. *Reklamacja dotyczy zakładu ubezpieczeń MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie, zarejestrowanego pod nr KRS 0000190748 w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 107-000-05-43*
2. *Czego dotyczy reklamacja?*
  - umowa ubezpieczenia, numer polisy: .....
  - odszkodowanie/świadczenie z umowy ubezpieczenia, numer: .....
  - inne, numer sprawy: .....

### II. Klient składa reklamację jako:

- Ubezpieczający       Ubezpieczony       Uposażony
- Uprawniony z umowy ubezpieczenia
- Inny:.....

### III. Dane Klienta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres korespondencyjny (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):  
.....

Adres e-mail: .....

Nr tel.: .....

### IV. Opis (należy dokładnie opisać czego dotyczy reklamacja/skarga, podać uzasadnienie oraz wskazać oczekiwania Klienta)

.....

.....

.....

.....



Złożenie skargi/reklamacji jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skardze/reklamacji, w celu jej rozpatrzenia oraz udzielenia odpowiedzi na skargę/reklamację.

Administratorem danych osobowych przekazanych za pośrednictwem formularza jest MACIF Życie TUW z siedzibą przy ul. Bema 89 (01-233 Warszawa). Powyższe dane osobowe są przetwarzane w celu obsługi skargi/reklamacji. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawo pisemnego żądania zaprzestania ich przetwarzania, a także do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do obsługi skargi/reklamacji.

Potwierdzam, że zostałam poinformowana/-y że niniejszy Formularz Zgłoszeniowy zostanie przekazany do zakładu ubezpieczeń MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dotyczy skarg/reklamacji składanych agentom ubezpieczeniowym, działającym w imieniu i na rzecz Towarzystwa).

.....  
Data i czytelny podpis składającego skargę/reklamację

<b>WYPEŁNIA PRACOWNIK MACIF ŻYCIE TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH LUB OSOBA DZIAŁAJĄCA W IMIENIU TOWARZYSTWA</b>
---

**Potwierdzenie przyjęcia skargi/reklamacji:**

- pracownik MACIF Życie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych
- osoba działająca w imieniu MACIF Życie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych

*Dane przyjmującego zgłoszenie:*

Imię nazwisko:

Stanowisko:

Dane kontaktowe (adres e-mail, nr telefonu):

Oświadczam, że przyjąłem/przyjęłam reklamację/skargę w dniu ..... roku, w formie:

- pisemnej (złożonej osobiście),
- ustnej (do protokołu),
- ustnej (złożonej telefonicznie).

Potwierdzam zgodność danych osobowych osoby składającej skargę/reklamację z okazanym ważnym dokumentem tożsamości oraz własnoręczność złożonego przez nią podpisu.

## Uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Czytelny podpis przyjmującego  
zgłoszenie (oraz pieczęć służbowa)

*MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.*

*Reklamacje/skargi rozpatrywane się niezwłocznie i nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji.*

*W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpoznanie skargi/reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, zgłaszający zastrzeżenie w postaci skargi/reklamacji zostanie poinformowany o przyczynach opóźnienia, okolicznościach koniecznych do ustalenia, a także o przewidywanym terminie rozpatrzenia skargi/reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednakże nieprzekraczającym 60 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji.*

*Klient może zwrócić się do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy oraz o przeprowadzenie przez niego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem, a podmiotem rynku finansowego, na zasadach określonych w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U.2015 r. poz. 1348).*

*Klient ma prawo skorzystania z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.*

*Klient może wystąpić z powództwem do właściwego miejscowo sądu powszechnego przeciwko MACIF Życie Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie przy ul. Bema 89, kod pocztowy 01-233.*