

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu utraty pracy albo czasowej niezdolności do pracy, albo pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, albo zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Proszę uzupełnić i podpisać formularz, a następnie odesłać go do nas e-mailem na adres: bok@allianz.pl lub pocztą tradycyjną na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa.

Numer polisy _____

Kiedy doszło do zdarzenia?

Data zdarzenia (d-m-r): - -

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Numer telefonu

E-mail

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ODBIORU ŚWIADCZENIA (proszę wypełnić w przypadku roszczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego)

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Kraj urodzenia

Typ dokumentu tożsamości

Seria i nr dok. tożsamości

Obywatelstwo/-a (Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Data ważności dokumentu tożsamości (d-m-r)

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Numer telefonu

E-mail

Polecenie wypłaty

Jeśli świadczenie zostanie przyznane, proszę o przekazanie należnej kwoty:

Numer rachunku

Dane właściciela konta, jeżeli jest inny od Osoby uprawnionej do odbioru świadczenia (imię, nazwisko, nazwa):

Co się wydarzyło?

Rodzaj zdarzenia:

- Utrata pracy Czasowa niezdolności do pracy Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku Zgon wskutek nieszczęśliwego wypadku

Informacje o zdarzeniu

Proszę możliwie dokładnie opisać przyczyny i przebieg zdarzenia.

Czy było prowadzone postępowanie przez policję lub prokuraturę? TAK NIE

Jeśli w sprawie zdarzenia trwało dochodzenie, prosimy o podanie nazwy i adresu policji, prokuratury lub sądu oraz sygnatury akt:

Informacje dotyczące zdarzenia – utrata do pracy / czasowa niezdolność do pracy / pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Forma zatrudnienia na dzień zdarzenia:

- Umowa o pracę Własna działalność gospodarcza Umowa – zlecenie Stosunek służbowy
 Inna (jaka?) _____

Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony posiadał uprawnienia do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy? TAK NIE

Czy w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpieczony posiadał status Bezrobotnego? TAK NIE

Prosimy o podanie nazw oraz adresów placówek medycznych podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego, przychodni rejonowej) oraz poradni specjalistycznych, placówek kierujących do szpitala oraz placówek docelowych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem.

Wymagane dokumenty

W przypadku utraty pracy:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- decyzja Powiatowego Urzędu Pracy o nabyciu statusu bezrobotnego
- zaświadczenie wydane przez Powiatowy Urząd Pracy wystawione po 30 dniach posiadania statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku (dla umów zawartych od 15 marca 2021 r. wymagany jest jedynie status osoby bezrobotnej)
- pismo wypowiadające umowę o pracę
- świadectwo pracy
- umowa o pracę

W przypadku czasowej niezdolności do pracy:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- wszystkie zwolnienia lekarskie (druk ZUS ZLA)
- dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę niezdolności do pracy
- dokument potwierdzający formę zatrudnienia

W przypadku zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- akt zgonu
- karta zgonu
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- dokument potwierdzający tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie

W przypadku pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz
- karta leczenia szpitalnego
- dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku

Dokumenty proszę przelać w formie skanu na adres e-mail: bok@allianz.pl lub pocztą na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa.

Oświadczenie Ubezpieczonego

Upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. z siedzibą w Warszawie do zasięgania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia z wyłączeniem wyników badań genetycznych, oraz w innych instytucjach celem weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz o innych okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z tytułu roszczenia zgłoszonego przeze mnie na niniejszym formularzu i wysokości tego świadczenia. Niniejsze upoważnienie jest nieodwołalne i nie wygasa w chwili mojej śmierci. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę świadczenia w formie e-mail. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

Miejsce podpisania

Data (d-m-r)

 - -

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Podpis osoby zgłaszającej roszczenie, w przypadku gdy zgłaszającym roszczenie jest osoba inna niż Ubezpieczony

Miejsce podpisania

Data (d-m-r)

 - -

Czytelny podpis Osoby zgłaszającej roszczenie

Informujemy, że administratorem danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa. Dane te będą przetwarzane w celu ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia. Informujemy o prawie wglądu do swoich danych i ich poprawiania. Podawanie powyższych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu ubiegania się o świadczenie z umowy ubezpieczenia.