

**WNIOSEK O WYPŁATĘ
ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI –
UBEZPIECZENIE DLA NAJBLIŻSZYCH**



(pole do użytku Allianz)

NUMER POLISY

DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO _____ IMIĘ _____

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA (UPOSAŻONEGO)

NAZWISKO _____ IMIĘ _____

PESEL / DATA URODZENIA _____ KRAJ URODZENIA _____

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI _____ DATA WAŻNOŚCI DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI _____ TELEFON KONTAKTOWY _____

ULICA _____ NUMER DOMU _____ NUMER MIESZKANIA _____

KOD POCZTOWY _____ POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ _____ KRAJ _____

OBYWATELSTWO (PROSIMY WPISAĆ WSZYSTKIE AKTUALNIE POSIADANE OBYWATELSTWA) _____

ADRES E-MAIL (PROSIMY WPISAĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI) _____

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE WSZYSTKICH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZGŁOSZONEGO PRZEZE MNIE WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA W FORMIE E-MAILI.
INFORMACJE PRZESYŁANE NA PODANY ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ BĘDĄ UWAŻANE ZA DOSTARCZONE.

DATA ZDARZENIA:

PRZYCZYNA ŚMIERCI:

CHOROBA NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK SAMOBÓJSTWO

POLECENIE WYPŁATY. PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY W FORMIE:

PRZELEWU NA RACHUNEK BANKOWY

NUMER KONTA _____

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES) _____

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

POTRZEBNE DOKUMENTY

- ✓ kopia odpisu skróconego aktu zgonu
- ✓ kopia dowodu osobistego, lub innego dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia
- ✓ jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu pierwszych 24 miesięcy ubezpieczenia wskutek nieszczęśliwego wypadku – kopia karty zgonu, postanowienia prokuratury, protokołu BHP lub innego dokumentu zawierającego informacje o okolicznościach zdarzenia

UWAGA: Jeżeli mamy wypłacić pieniądze na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawniony, potrzebujemy poświadczenia notarialnego za własnoręczność podpisu.

ZGŁASZANIE WNIOSKU O WYPŁATĘ

Skan wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami prosimy przesłać w formie elektronicznej na adres: swiadczenie_48h@allianz.pl bądź pocztą na adres ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.

UWAGA: Jeśli dokumenty otrzymamy w formie elektronicznej na podany powyżej adres, roszczenie zostanie rozpatrzone w ciągu 24 godzin od ich otrzymania

TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Klient ma prawo złożyć reklamację:

- ✓ wysyłając wiadomość e-mail na adres: skargi@allianz.pl lub list na nasz adres (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa),
- ✓ za pomocą formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl,
- ✓ dzwoniąc pod numer tel. 224 224 224,
- ✓ osobiście (składając pismo lub ustnie do protokołu) – bezpośrednio w każdej naszej jednostce obsługującej Klientów lub w naszej siedzibie.

Odpowiedzi na reklamację udzielimy w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku informacji bądź – na indywidualny wniosek zgłaszającego – pocztą elektroniczną, nie później niż w ciągu 30 dni od otrzymania przez nas reklamacji. W szczególnie skomplikowanym przypadku, uniemożliwiającym rozpatrzenie reklamacji w tym terminie (o czym powiadomimy w oddzielnym liście), odpowiedzi udzielimy nie później niż w ciągu 60 dni od dnia jej otrzymania.

Administratorem danych wskazanych w reklamacji jest Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. Dane te będą przetwarzane w celu jej rozpatrzenia. Osobie zgłaszającej reklamację przysługuje prawo wglądu w treść danych osobowych i ich poprawiania.

IDENTYFIKACJA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA (WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL ALLIANZ)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście przez osobę uprawnioną do odbioru świadczenia/osoby reprezentującą osobę uprawnioną do odbioru świadczenia w mojej obecności. Jej/ich tożsamość zweryfikowałem/am na podstawie wskazanego/y/ch dokumentu/ów tożsamości:

TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

D D M M R R R R

NUMER, PODPIS, PIECZĘĆ PRZEDSTAWICIELA ALLIANZ

Do wniosku dołączyć:

- w przypadku cesji na bank – oryginał oświadczenia banku o wygaśnięciu cesji praw z umowy ubezpieczenia.

Uwaga: Jeśli wniosek został wypełniony bez udziału Przedstawiciela Allianz, należy dołączyć również kopię dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do odbioru świadczenia.