

Zgłoszenie roszczenia o świadczenie z umowy indywidualnego/grupowego ubezpieczenia na życie

Wypełnia Allianz

Numer roszczenia /

Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Numer polisy/certyfikatu

2. Data zdarzenia (d-m-r)

3. Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia (d-m-r)

4. Rodzaj ubezpieczenia

- Ubezpieczenie specjalnie dla...
- Indywidualne ubezpieczenie na życie z rentą
- Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie
- Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym
- Indywidualne terminowe ubezpieczenie na dożycie z planem edukacyjnym
- Indywidualne ubezpieczenie Life casco
- inne _____

5. Rodzaj zdarzenia

- zgon przyczyna zgonu _____
- zgon w następstwie wypadku
- poważne zachorowanie
- zwolnienie z opłacania składek na wypadek inwalidztwa
- inwalidztwo
- wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku
- leczenie w szpitalu
- inne _____

6. Opis zdarzenia

Wypełnia Ubezpieczony/ Uprawniony, jeżeli zdarzenie miało związek z wypadkiem

7. Dane adresowe placówki medycznej, w której podjęto leczenie bezpośrednio po wypadku

Nazwa placówki

Nazwa placówki cd.

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

8. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

Policję/Prokuraturę? tak nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki Policji/Prokuratury)

Nazwa jednostki

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Sygnatura sprawy

Pogotowie ratunkowe? tak nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia)

Nazwa jednostki _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

9. Oświadczam, że w chwili wypadku: nie byłem pod wpływem alkoholu. byłem pod wpływem alkoholu.
 nie byłem pod wpływem środków odurzających. byłem pod wpływem środków odurzających.

10. Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Adres korespondencyjny

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____

E-mail _____ Faks _____

11. Forma wypłaty świadczenia

przelew na rachunek bankowy

Bank/Oddział _____

Właściciel rachunku _____

Nr rachunku _____

przeniesienie na polisę

polisa nr _____ wniosek nr _____

tytułem _____

Allianz rekomenduje powyższe formy wypłaty ze względu na szybki termin ich realizacji oraz bezpieczeństwo dostarczenia środków.
 Może dokonać wypłaty również w formie przekazu pocztowego:

przekaz pocztowy na adres

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

12. Oświadczenie Ubezpieczonego/ Uprawnionego

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.
 W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

 Data

 Podpis osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

13. Postanowienia końcowe

TU Allianz Życie Polska S.A. informuje, że:

- Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu:
 - są zbierane na zasadzie dobrowolności,
 - będą służyć rozpatrywaniu roszczenia i podjęciu decyzji o wypłacie świadczenia,
 - są objęte tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
- Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczonego/Uprawnionego ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.