

Formularz zgłoszenia roszczenia dotyczy ubezpieczenia na wypadek utraty pracy albo czasowej niezdolności do pracy, albo poważnego zachorowania

A. NUMER POLISY (pole wymagane)

B. DANE 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

Adres e-mail (drukowane litery)

C. DANE UPRAWNIONEGO (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

Adres e-mail (drukowane litery)

D. RODZAJ ZDARZENIA (prosimy zaznaczyć właściwy)

- Utrata pracy
 Czasowa niezdolność do pracy
 Poważne zachorowanie

E. DATA ZDARZENIA

W dniu (d-m-r): - -

J. WYMAGANE DOKUMENTY

1. W przypadku roszczenia z tytułu Utraty pracy
 - wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
 - zaświadczenie wydane przez powiatowy urząd pracy (minimum po 30 dniach pozostawania osobą bezrobotną) stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany jako bezrobotny oraz że przysługuje mu zasiłek dla bezrobotnych,
 - kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania Umowy o pracę skutkującego Utratą Pracy,
 - kopia pisma pracodawcy wypowiadającego Umowę o pracę,
 - kopia umowy o pracę.
2. W przypadku roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy
 - wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
 - zaświadczenie potwierdzające Czasową Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - dokumentacja medyczna Ubezpieczonego potwierdzająca przyczynę niezdolności do pracy od początku zdiagnozowania choroby,
 - dokument potwierdzający formę zatrudnienia,
 - w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, dołączyć należy: kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pomocy bezpośrednio po wypadku, protokół policji z miejsca zdarzenia i/lub protokół BHP sporządzony przez zakład pracy.
3. W przypadku roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania
 - wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie Poważnego zachorowania, którego dotyczy roszczenie,
 - kopia dokumentu, potwierdzającego uzyskiwanie przez Ubezpieczonego w Dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w zakresie Poważnego Zachorowania przychodów z tytułu emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Administrator danych	• Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A.;
Inspektor danych osobowych	• kontakt elektronicznie na adres e-mail: bok@allianz.pl, pisemnie na adres Administratora danych;
Cele przetwarzania	• wykonywanie umowy ubezpieczenia; • badanie satysfakcji klientów; • dochodzenie roszczeń; • przeciwdziałanie praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu; • przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym; • raportowaniem FATCA/CRS; • wykonywanie innych obowiązków przewidzianych przepisami prawa;
Podstawy prawne przetwarzania	• niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy; • prawnie uzasadnione interesy Administratora danych; • obowiązek prawny; • zgoda;
Zródło danych	• formularze zgłoszenia i dokumentacja roszczenia; • inni ubezpieczyciele; • podmioty świadczące usługi lecznicze (placówki medyczne) oraz Narodowy Fundusz Zdrowia; • Sądy, prokuratury, Policja oraz inne organy i instytucje, informacje o okolicznościach wypadków i zdarzeń losowych w tym informacje o wyrokach i naruszeniach prawa;
Odbiorcy danych	• podmioty przetwarzające dane osobowe a zlecenie Administratora danych; • reasekuratorzy; • Generalny Inspektor Informacji Finansowej; • inne organy administracji publicznej; • inne zakłady ubezpieczeń;
Prawa związane z przetwarzaniem danych	• prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo zadania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania; • prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego; • prawo do przenoszenia danych osobowych; • prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
Okres przechowywanie danych	• termin przedawnienia roszczeń lub inny termin wynikający z przepisów prawa;
Szczegółowe informacje	• polityka prywatności na stronie internetowej Administratora danych (www.allianz.pl).