

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA LUB POBYTU W SZPITALU 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 Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.

Numer polisy

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko: _____ Imię: _____

PESEL: _____ Seria i numer dokumentu tożsamości: _____

Adres korespondencyjny – ulica, miejscowość: _____

Numer domu: _____ Numer mieszkania: _____

Kod pocztowy: _____ Poczta, miejscowość: _____

Tel: _____ E-mail¹: _____

¹ 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.

Polecenie wypłaty

Jeśli świadczenie zostanie przyznane, proszę o przekazanie należnej kwoty:

Nr rachunku:

Dane właściciela konta, jeżeli jest inny od Uprawnionego /imię, nazwisko, nazwa/: _____

Informacje o zdarzeniu

Rodzaj zdarzenia:

Poważne zachorowanie

Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Informacje o zdarzeniu – POWAŻNE ZACHOROWANIE

Nazwa poważnego zachorowania, w związku z którym jest zgłaszany wniosek o wypłatę: _____

Data wystąpienia pierwszych objawów choroby: _____

Adres lekarza pod opieką którego Ubezpieczony pozostaje: _____

Prosimy o podanie nazwy i adresu przychodni rejonowej lub lekarza rodzinnego, z porad którego korzystał Ubezpieczony:

Informacje o zdarzeniu – POBYT W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Daty pobytu w szpitalu od: _____ do: _____

Prosimy o krótki opis wypadku: _____

Czy w związku ze zdarzeniem było prowadzone postępowanie przez policję lub prokuraturę? TAK NIE

Jeżeli „TAK”, to prosimy o podanie adresów i dołączenie dokumentacji: protokołu policyjnego, BHP, postanowienia prokuratorskiego:

Oświadczenie Ubezpieczonego

Upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie 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.

Data: _____

Czytelny podpis Uprawnionego /imieniem i nazwiskiem/

Wymagane dokumenty

W przypadku roszczenia z tytułu poważnego zachorowania:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania (karty leczenia szpitalnego, historia choroby i wyniki badań, dokumentacja medyczna leczenia ambulatoryjnego wyniki badań),
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie.

W przypadku roszczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku:

- wypełniony i podpisany niniejszy formularz,
- karta leczenia szpitalnego,
- kopia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, w przypadku gdy dokument taki został sporządzony, lub inne dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku, w sytuacji gdy pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku został spowodowany inną przyczyną niż choroba somatyczna,
- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie.

Tryb rozpatrywania reklamacji

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przedstawiamy zasady składania i rozpatrywania reklamacji (w tym skarg i zażaleń).

Sposób wniesienia reklamacji może być dowolny – telefon, przesyłka pocztowa lub e-mail. Można ją wnieść także osobiście, podczas wizyty w naszej placówce, w formie protokołu lub pisma.

Do dyspozycji naszych Klientów jest infolinia: 224 224 224 oraz adres e-mail: skargi@allianz.pl.

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), udzielimy odpowiedzi 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.

Informacja o administratorze danych osobowych

Informujemy, że administratorem danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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 obowiązkowe wyłącznie wobec faktu ubiegania się o świadczenie z umowy ubezpieczenia.