

**A** Zgoda na obciążenie rachunku  
(część A)



Odcinek dla Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A.

WYRAŻAM ZGODĘ DLA:

WIERZYCIEL: TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ I REASEKURACJI ALLIANZ POLSKA S.A.  
UL. RODZINY HISZPAŃSKICH 1, 02-685 WARSZAWA, NIP: 525-15-65-015

na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w formie polecenia zapłaty kwotami wynikającymi z moich zobowiązań umownych w terminach zapłaty zgodnie z przesłanymi mi polisami.

UBEZPIECZAJĄCY – KLIENT ALLIANZ POSIADACZ RACHUNKU BANKOWEGO:

|   |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
|---|--|------------------------------|-------------|--|--|---|--|--|---|--|--|------------|--|--|---------------|--|--|
| IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA:                                  |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| ADRES – ULICA   |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  | NUMER DOMU |  |  | NUMER MIESZK. |  |  |
| KOD POCZTOWY  |  |                              | MIEJSCOWOŚĆ |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| TELEFON   |  |                              |             |  |  | E-MAIL  |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| NUMER RACHUNKU BANKOWEGO                                |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| NAZWA BANKU:  |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| OSOBA FIZYCZNA NIEWYKONUJĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ: |  |                              |             |  |  | TERMIN PIERWSZEGO OBCIĄŻENIA RACHUNKU (MIESIĄC, ROK): |  |  | IDENTYFIKATOR PŁATNOŚCI (WYPEŁNIA ALLIANZ): |  |  |            |  |  |               |  |  |
| TAK <input type="checkbox"/>                            |  | NIE <input type="checkbox"/> |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla ww. banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu zobowiązań umownych wobec Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. Cofnięcie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO KLIENTA ALLIANZ – POSIADACZA RACHUNKU BANKOWEGO  
ZGODNY ZE WZOREM ZŁOŻONYM W BANKU

DATA

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| d | d | m | m | r | r | r | r |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**A** Zgoda na obciążenie rachunku  
(część B)



Odcinek dla banku

WYRAŻAM ZGODĘ DLA:

WIERZYCIEL: TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ I REASEKURACJI ALLIANZ POLSKA S.A.  
UL. RODZINY HISZPAŃSKICH 1, 02-685 WARSZAWA, NIP: 525-15-65-015

na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w formie polecenia zapłaty kwotami wynikającymi z moich zobowiązań umownych w terminach zapłaty zgodnie z przesłanymi mi polisami.

UBEZPIECZAJĄCY – KLIENT ALLIANZ POSIADACZ RACHUNKU BANKOWEGO:

|   |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
|---|--|------------------------------|-------------|--|--|---|--|--|---|--|--|------------|--|--|---------------|--|--|
| IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA:                                  |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| ADRES – ULICA   |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  | NUMER DOMU |  |  | NUMER MIESZK. |  |  |
| KOD POCZTOWY  |  |                              | MIEJSCOWOŚĆ |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| TELEFON   |  |                              |             |  |  | E-MAIL  |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| NUMER RACHUNKU BANKOWEGO                                |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| NAZWA BANKU:  |  |                              |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |
| OSOBA FIZYCZNA NIEWYKONUJĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ: |  |                              |             |  |  | TERMIN PIERWSZEGO OBCIĄŻENIA RACHUNKU (MIESIĄC, ROK): |  |  | IDENTYFIKATOR PŁATNOŚCI (WYPEŁNIA ALLIANZ): |  |  |            |  |  |               |  |  |
| TAK <input type="checkbox"/>                            |  | NIE <input type="checkbox"/> |             |  |  |   |  |  |   |  |  |            |  |  |               |  |  |

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla ww. banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu zobowiązań umownych wobec Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. Cofnięcie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO KLIENTA ALLIANZ – POSIADACZA RACHUNKU BANKOWEGO  
ZGODNY ZE WZOREM ZŁOŻONYM W BANKU

DATA

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| d | d | m | m | r | r | r | r |
|---|---|---|---|---|---|---|---|