

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA RODZINNEGO

## TYP ŚWIADCZENIA

- Urodzenie dziecka  Śmierć dziecka  Śmierć rodzica  
 Urodzenie martwego dziecka  Śmierć rodzica małżonka

## NUMER POLISY

## NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

## DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu \_\_\_\_\_ Numer mieszk. \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

Adres e-mail \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę świadczenia w formie e-maili. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

## DANE DZIECKA, RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA

Nazwisko dziecka lub rodzica \_\_\_\_\_ Imię dziecka lub rodzica \_\_\_\_\_

## DATA ZDARZENIA:

                       

## POLECENIE WYPŁATY. PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY W FORMIE:

- Przelewu na konto \_\_\_\_\_  
Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

dane właściciela konta (imię, nazwisko, nazwa oraz adres)

- Środków do odbioru w banku PEKAO S.A. w ciągu 14 dni od ich przekazania

Czytelny podpis osoby zgłaszającej wniosek

## **POTRZEBNE DOKUMENTY**

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Ubezpieczonego
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia dziecka – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia martwego dziecka – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci dziecka – kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego – kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica małżonka – kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica małżonka, kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa

## **TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI**

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Klient ma prawo złożyć reklamację:

- wysyłając wiadomość e-mail na adres: [skargi@allianz.pl](mailto: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](http://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 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.