Allianz

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, niezdolności do pracy, rozpoznania nowotworu złośliwego i leczenia specjalistycznego

(pole do użytku Allianz)

TYP ŚWIADCZENIA

☐ Poważne zachorowanie
☐ Ubezpieczenie składki
☐ Leczenie specjalistyczne
☐ Leczenie szpitalne lub świadczenie szpitalne
☐ Rak assistance/rozpoznanie nowotworu złośliwego
☐ Trwała i całkowita niezdolność do pracy lub niezdolność do pracy wskutek NW

Numery polis

Nazwa ubezpieczającego w przypadku ubezpieczeń grupowych

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię

Nazwisko

Data urodzenia (d-m-r) PESEL

Obywatelstwa Kraj urodzenia
(Prosimy wpisać wszystkie aktualnie posiadane obywatelstwa)

Typ dokumentu tożsamości Seria i nr dok. tożsamości

Data ważności dok. tożsamości (d-m-r)

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Numer telefonu Adres email (drukowane litery)

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

Przyjmuję do wiadomości, że numer telefonu, e-mail i adres zamieszkania, które podaję, zostaną przypisane do wszystkich moich polis w TU Allianz Życie Polska S.A. i będą wykorzystane do ich dalszej obsługi.

Jeśli nie chcesz, byśmy używali tych danych do dalszej obsługi twoich polis, zaznacz tu: ☐

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOTYCZY:

☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka/partnera ☐ Dziecka

Poniższą część formularza prosimy wypełnić tylko, gdy zgłoszenie dotyczy dziecka, małżonka lub partnera ubezpieczonego.

Imię dziecka, małżonka lub partnera

Nazwisko dziecka, małżonka lub partnera

PESEL Telefon kontaktowy małżonka lub partnera

Adres e-mail małżonka lub partnera

POLECENIE WYPŁATY. PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY W FORMIE:

☐ przelewu na rachunek bankowy

Nr konta

Dane właściciela konta

Imię/Nazwa

Nazwisko/Nazwa cd.

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Czytelny podpis osoby składającej wniosek

ZYWYPZ-W02 04/25

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem KRS 0000002561, NIP: 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w kwocie 87 267 500 złotych).

I. PRZEBIEG LECZENIA

Prosimy o podanie adresu lekarza rodzinnego lub podstawowej opieki zdrowotnej

II. ZDARZENIE (poniższe części wniosku – a lub b – prosimy wypełnić w zależności od typu świadczenia)

A. Poważne zachorowanie, rozpoznanie nowotworu złośliwego lub rak assistance

Uwaga: ochroną są objęte choroby, stany i operacje wymienione w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Prosimy o sprawdzenie czy zgłaszane zdarzenie jest objęte ochroną w ramach umowy.

1. Nazwa poważnego zachorowania, w związku z którym jest zgłaszany wniosek o wypłatę lub nazwa rozpoznanego nowotworu

2. Data wystąpienia pierwszych objawów choroby (d-m-r)

3. Data pierwszego rozpoznania choroby lub data operacji (d-m-r)

B. Leczenie specjalistyczne

Uwaga: ochroną objęte jest jedynie leczenie specjalistyczne wskazane w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Prosimy o sprawdzenie czy zgłaszane zdarzenie jest objęte ochroną w ramach umowy.

1. Nazwa leczenia specjalistycznego, w związku z którym jest zgłaszany wniosek o wypłatę

2. Data rozpoczęcia leczenia (d-m-r)

C. Niezdolność do pracy, niezdolność do pracy wskutek nw, ubezpieczenie składki

Uwaga:
1. Ochrona z tytułu niezdolności do pracy obejmuje całkowitą i trwałą utratę zdolnosci do prowadzenia jakiejkolwiek działalności zarobkowej.
2. Ochrona z tytułu ubezpieczenia składki obejmuje niezdolność do pracy we własnym zawodzie przez okres co najmniej sześciu miesięcy

1. Przyczyna niezdolności do pracy

☐ choroba Data rozpoznania choroby (d-m-r)

☐ wypadek Data wypadku (d-m-r)

Opis okoliczności wypadku

Prosimy o załączenie kopii postanowienia prokuratury/ notatki policyjnej / protokołu bhp lub podanie adresu instytucji prowadzącej postępowanie w sprawie okoliczności wypadku

2. Czas trwania niezdolności do pracy

Prosimy o podanie czasu trwania niezdolności do pracy:

od (d-m-r): do (d-m-r):

3. Dokumenty potwierdzające niezdolność do pracy

Prosimy o podanie nazwy orzeczenia / dokumentu potwierdzającego niezdolność do pracy i załączenie jego kopii

☐ Orzeczenie lekarza ZUS / KRUS ☐ Zwolnienia lekarskie ☐ Decyzja organu rentowego

☐ Inne, (jakie?) _____

4. Nazwa wykonywanego aktualnie zawodu

Ja, niżej podpisany(-na), upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz u lekarzy dotyczących mnie lub mojego dziecka informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego. Dotyczy to w szczególności:
– stanu zdrowia,
– weryfikacji podanych przeze mnie danych,
– okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, z przyczyn uzasadnionych treścią umowy ubezpieczenia – jak również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń.

Powyższe oświadczenie jest nieodwołalne i nie wygasa z chwilą śmierci. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek

POTRZEBNE DOKUMENTY

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
– kopie wyników badań potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania
– kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby
– kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
– w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia dowodu osobistego małżonka lub partnera oraz aktu małżeństwa
– w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU RAKASSISTANCE/ROZPOZNANIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO
– kopia wyniku badania histopatologicznego
– kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby
– kopia faktury za zakup peruki w przypadku ubiegania się o refundację kosztu w ramach umowy RakAssistance
– kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
– w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia dowodu osobistego małżonka lub partnera oraz aktu małżeństwa
– w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO
– kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby potwierdzającej stosowanie leczenia specjalistycznego
– kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
– w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia dowodu osobistego małżonka lub partnera oraz aktu małżeństwa
w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NW, UBEZPIECZENIA SKŁADKI
– kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby
– kopie dokumentów potwierdzających nieprzerwaną niezdolność do pracy, zwolnień lekarskich, decyzji ZUS, KRUS lub innych organów rentowych
– kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
– w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia małżonka lub partnera
– jeśli zdarzenie było następstwem wypadku, kopie notatki policyjnej, protokołu BHP lub postanowienia prokuratury
UWAGA: Jeżeli mamy wypłacić pieniądze na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawniony, potrzebujemy poświadczenia notarialnego za własnoręczność podpisu. Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

IDENTYFIKACJA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA (wypełnia Przedstawiciel Allianz)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście przez osobę uprawnioną do odbioru świadczenia/osoby reprezentujące osobę uprawnioną do odbioru świadczenia w mojej obecności. Jej/ich tożsamość zweryfikowałem/am na podstawie wskazanego/ych dokumentu/ów tożsamości:

Typ dokumentu tożsamości _____ Nr dokumentu tożsamości _____

Data (d-m-r) _____ Miejscowość _____

Numer, podpis i pieczęć Przedstawiciela Allianz _____ _____

Do wniosku dołączyć:
– w przypadku cesji na bank – oryginał oświadczenia banku o wygaśnięciu cesji praw z umowy ubezpieczenia.

Uwaga: Jeśli wniosek został wypełniony bez udziału Przedstawiciela Allianz, należy dołączyć również kopię dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do odbioru świadczenia.