

**WNIOSEK  
O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA  
Z TYTUŁU ŚMIERCI**



(pole do użytku Allianz)

**TYP ŚWIADCZENIA:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ                                 | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK UDARU LUB ZAWAŁU |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU | <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY                      | <input type="checkbox"/> OSIEROCENIE DZIECKA             |

NUMERY POLIS

NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

**DANE UBEZPIECZONEGO**

NAZWISKO \_\_\_\_\_ IMIĘ \_\_\_\_\_

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOTYCZY ŚMIERCI:**

- UBEZPIECZONEGO       MAŁŻONKA/PARTNERA       DZIECKA

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ WNIOSKU PROSIMY WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY ZGŁOSZENIE DOTYCZY ŚMIERCI DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_ IMIĘ DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA (UPOSAŻONEGO)**

NAZWISKO \_\_\_\_\_ IMIĘ \_\_\_\_\_

PESEL / DATA URODZENIA \_\_\_\_\_ KRAJ URODZENIA \_\_\_\_\_

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI \_\_\_\_\_ DATA WAŻNOŚCI DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI \_\_\_\_\_ TELEFON KONTAKTOWY \_\_\_\_\_

ULICA \_\_\_\_\_ NUMER DOMU \_\_\_\_\_ NUMER MIESZKANIA \_\_\_\_\_

KOD POCZTOWY \_\_\_\_\_ POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_ KRAJ \_\_\_\_\_

OBYWATELSTWO (PROSIMY WPISAĆ WSZYSTKIE AKTUALNIE POSIADANE OBYWATELSTWA) \_\_\_\_\_

ADRES E-MAIL (PROSIMY WPISAĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI) \_\_\_\_\_

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.

DATA ZDARZENIA:                              

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

PRZELEWU NA RACHUNEK BANKOWY

NUMER KONTA \_\_\_\_\_

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES) \_\_\_\_\_

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

## DODATKOWE INFORMACJE

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ WNIOSKU PROSIMY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO, ŚMIERCI WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU, ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY

### 1. PRZEBIEG LECZENIA:

PROSIMY O PODANIE ADRESU LEKARZA RODZINNEGO LUB PLACÓWKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ UBEZPIECZONEGO

### 2. PRZYCZYNA ZDARZENIA:

CHOROBA DATA ROZPOZNANIA CHOROBY: D D M M R R R R  
WYPADEK DATA ROZPOZNANIA WYPADKU: D D M M R R R R

PROSIMY O PODANIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU:

### 3. CZY ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE W PRACY?

TAK  NIE

CZY SPORZĄDZONO PROTOKÓŁ BHP

TAK  NIE

### 4. CZY POLICJA LUB PROKURATURA PROWADZIŁY POSTĘPOWANIE?

TAK  NIE

### 5. CZY WEZWANO POGOTOWIE RATUNKOWE?

TAK  NIE

PROSIMY O ZAŁĄCZENIE KOPII POSTANOWIENIA PROKURATORY/ NOTATKI POLICYJNEJ / PROTOKOŁU BHP LUB PODANIE ADRESU INSTYTUCJI PROWADZĄCEJ POSTĘPOWANIE W SPRAWIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU

Ja, niżej podpisana(-ny), oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

DATA PODPISANIA

D D M M R R R R

## POTRZEBNE DOKUMENTY

- ✓ kopia odpisu skróconego aktu zgonu
- ✓ kopia karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci
- ✓ kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu osierocenia dziecka – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia w związku ze zdarzeniem spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem lub samobójstwem Ubezpieczonego – kopia dokumentu wyjaśniającego okoliczności i przyczynę zdarzenia, czyli protokołu wypadkowego, protokołu BHP, notatki służbowej Policji 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.

## TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Klient ma prawo złożyć reklamację:

- ✓ wysyłając wiadomość e-mail na adres: 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 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.

**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/yh dokumentu/ów tożsamości:

TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

---

NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

---

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

D D M M R R R R

---

NUMER, PODPIS, 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.