Allianz

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci

(pole do użytku Allianz)

TYP ŚWIADCZENIA

☐ Śmierć
☐ Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego
☐ Śmierć wskutek udaru lub zawału
☐ Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku
☐ Śmierć wskutek wypadku przy pracy
☐ Osierocenie dziecka

Numery polis

Nazwa ubezpieczającego w przypadku ubezpieczeń grupowych

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię

Nazwisko

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

Imię dziecka, małżonka lub partnera

Nazwisko dziecka, małżonka lub partnera

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA (UPOSAŻONEGO)

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: ☐

DATA ZDARZENIA (d-m-r)

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

ZYWYS-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).

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-m-r)

☐ wypadek Data wypadku (d-m-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 policja lub prokuratura prowadziły postępowanie? ☐ TAK ☐ NIE

Prosimy o załączenie kopii postanowienia prokuratury/ 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

Data podpisania (d-m-r) Czytelny podpis osoby składającej wniosek

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.

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.