

Zgłoszenie roszczenia o świadczenie z ubezpieczenia na życie (druk do zgłoszenia online)

Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Numer polisy

2. Data zdarzenia (dd-mm-rrrr)

3. Data przystąpienia do ubezpieczenia (dd-mm-rrrr)

4. Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

5. Ubezpieczający (wypełnij, jeżeli inny niż Ubezpieczony)

Imię (imiona)/Nazwa firmy

Nazwisko/Nazwa firmy cd.

6. Rodzaj ubezpieczenia

- Grupowe ubezpieczenie na życie
 Kontynuacja indywidualna grupowego ubezpieczenia na życie
 Zdrowotne ubezpieczenie na życie
 Indywidualne ubezpieczenie na życie
 Specjalnie dla
 Terminowe ubezpieczenie na życie
 Plan z gwarancją kapitału
 AZ Opiekun
 Inne

7. Zdarzenie dotyczy

- Ubezpieczonego Współmałżonka Rodzica/Teścia Dziecka

8. Rodzaj zdarzenia

Zgon Przyczyna zgonu

Poważne zachorowanie

Leczenie szpitalne od (dd-mm-rrrr) do (dd-mm-rrrr)

Leczenie stomatologiczne

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku w pracy w życiu prywatnym

Urodzenie dziecka

Inwalidztwo

Leczenie operacyjne Data zabiegu (dd-mm-rrrr)

Koszty leczenia w szpitalu z zakresu chirurgii jednego dnia Data zabiegu (dd-mm-rrrr)

Inne

Wypełnia Ubezpieczony/ Uprawniony, jeżeli zdarzenie miało związek z wypadkiem

9. Opis zdarzenia

10. Następstwa zdarzenia – rodzaj obrażeń

11. Oświadczam, że w chwili wypadku: nie byłem pod wpływem alkoholu. byłem pod wpływem alkoholu.
 nie byłem pod wpływem środków odurzających. byłem pod wpływem środków odurzających.

12. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

Policję/Prokuraturę? tak nie

Nazwa jednostki

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

Sygnatura sprawy

Pogotowie ratunkowe? tak nie

Nazwa jednostki _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

13. Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____ Data urodzenia (dd-mm-rrrr) _____

Kraj urodzenia _____ Miejscowość urodzenia _____

Obywatelstwo/-a _____

Czy osoba uprawniona jest podatnikiem USA*? TAK NIE

* Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:

- 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa)
- 2) uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta)
- 3) dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA
- 4) przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
 - 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
 - 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
 - 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu.

Numer NIP/TIN:

Kraj rezydencji podatkowej**	Numer TIN/NIP***	Powód niepodania numeru TIN/NIP (Powód: A, B, C)	Przyczyna (proszę wskazać, jeśli wybrano powód B)

** Prosimy o wskazanie Pana/i rezydencji podatkowej (kraju opłacania podatków od dochodów osobistych) – dwuliterowy kod kraju, w przypadku posiadania kilku rezydencji podatkowych prosimy o wskazanie ich wszystkich. W przypadku osób fizycznych, które wskażą rezydencję podatkową inną niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. Statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dla osoby fizycznej. W przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. Statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oraz Common Reporting Standard (CRS)

*** Podanie numeru NIP/TIN wymagane w sytuacji posiadania rezydencji podatkowej innej niż Polska.

Powody niepodania TIN/NIP:

- Powód A Kraj, w którym jestem zobowiązany(-a) płacić podatki, nie wydaje NIP/TIN dla swoich rezydentów,
- Powód B Nie jestem w stanie uzyskać numeru NIP/TIN lub jego funkcjonalnego ekwiwalentu z innych przyczyn (Jeśli wybrali Państwo ten powód, proszę wyjaśnić w tabeli powyżej w przeznaczonym na to polu, dlaczego nie są Państwo w stanie uzyskać numeru NIP/TIN),
- Powód C Numer NIP/TIN nie jest wymagany (Uwaga: tę opcję można wybrać tylko wtedy, gdy organy kraju rezydencji podatkowej wpisanego powyżej nie wymagają ujawniania numeru NIP/TIN).

Adres korespondencyjny

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____

E-mail _____ Faks _____

14. Forma wypłaty świadczenia Przelew Nazwa Banku _____

Nr konta _____

Właściciel konta _____

Przekaz _____

15. Oświadczenie Ubezpieczonego

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

tak nie

16. Wyrażam zgodę, by TU Allianz Życie Polska kierowało do mnie korespondencję w formie elektronicznej na wskazany adres-email, co przyspieszy rozpatrywanie roszczenia

tak nie

17. Klauzula zgody na dane wrażliwe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. (ubezpieczyciel) moich danych osobowych lub moich dzieci, w tym danych wrażliwych w rozumieniu art. 27 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (zawierających m.in. dane o stanie zdrowia), przekazanych przez mnie dobrowolnie drogą elektroniczną w związku ze zgłoszonym roszczeniem z umowy ubezpieczenia lub pozyskanych przez ubezpieczyciela na podstawie obowiązujących przepisów prawa w celu realizacji mojego roszczenia.

tak nie

