Zgłoszenie roszczenia o świadczenie z umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Wypełnia Allianz

Numer roszczenia ____ / ____ Kod zdarzenia ____

Indeks owu ____ ____

Kwota należnego świadczenia ____ zł Kwota do wypłaty ____ zł

Uwagi _____

Akceptacja ____ ____ ____ ____ ____ ____

Data Data

Podpis i pieczątka Podpis i pieczątka

Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Numer polisy ____ – ____
2. Data zdarzenia (d-m-r) ____ ____ ____
3. Data przystąpienia do ubezpieczenia (d-m-r) ____ ____ ____
4. Ubezpieczony

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____ Data urodzenia (d-m-r) ____ ____ ____

5. Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

6. Zdarzenie dotyczy

☐ Ubezpieczonego ☐ Współmałżonka ☐ Rodzica/Teścia ☐ Dziecka

7. Dane osoby, za którą przysługuje świadczenie

Imię i nazwisko _____

8. Rodzaj zdarzenia

☐ zgon przyczyna zgonu _____

☐ zgon w następstwie wypadku

☐ częściowe inwalidztwo w następstwie wypadku/ trwały uszczerbek na zdrowiu ☐ w pracy ☐ w życiu prywatnym

☐ urodzenie dziecka

☐ poważne zachorowanie

☐ leczenie szpitalne od (d-m-r) ____ ____ ____ do (d-m-r) ____ ____ ____

☐ inne _____

Wypełnia Ubezpieczony/ Uprawniony, jeżeli zdarzenie miało związek z wypadkiem

9. Opis zdarzenia

_____

_____

_____

_____

10. Następstwa zdarzenia – rodzaj doznanych obrażeń

_____

_____

_____

_____

Centrum Obsługi Klienta tel. 801 10 20 30, 22 567 67 01

COKGZRS-Z01 10/10

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 630 000 złotych (wpłacony w całości).

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 (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki Policji/Prokuratury)

Nazwa jednostki

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Sygnatura sprawy

Pogotowie ratunkowe? ☐ tak ☐ nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia)

Nazwa jednostki

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

13. Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Tel. stacjonarny Tel. kom.

E-mail Faks

14. Forma wypłaty świadczenia

☐ przelew na rachunek bankowy

Bank/Oddział

Właściciel rachunku

Nr rachunku

Allianz rekomenduje powyższą formę wypłaty ze względu na szybki termin jej realizacji oraz bezpieczeństwo dostarczenia środków.
Może dokonać wypłaty również w formie przekazu pocztowego:

☐ przekaz pocztowy na adres

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

15. Oświadczenie Ubezpieczonego/ Uprawnionego

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.

Data

Podpis osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

16. Postanowienia końcowe

TU Allianz Życie Polska S.A. informuje, że:

1. Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu:
   a) są zbierane na zasadzie dobrowolności,
   b) będą służyć rozpatrywaniu roszczenia i podjęciu decyzji o wypłacie świadczenia,
   c) są objęte tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
2. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczony/Uprawniony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

Centrum Obsługi Klienta tel. 801 10 20 30, 22 567 67 01