

# 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 pieczętka		Podpis i pieczętka

## Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

- Numer polisy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- Data zdarzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_
- Data przystąpienia do ubezpieczenia (d-m-r) \_\_\_\_\_
- Ubezpieczony
  - Imię (imiona) \_\_\_\_\_
  - Nazwisko \_\_\_\_\_
  - PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_
- Ubezpieczający
  - Imię (imiona)/nazwa firmy \_\_\_\_\_
  - Nazwisko/nazwa firmy cd. \_\_\_\_\_
- Zdarzenie dotyczy
  - Ubezpieczonego
  - Współmałżonka/Partnera
  - Rodzica/Teścia
  - Dziecka
- Dane osoby, za którą przysługuje świadczenie
  - Imię i nazwisko \_\_\_\_\_
- 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

- Opis zdarzenia
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
- Następstwa zdarzenia – rodzaj doznanych 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 (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. Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałżonka, Partnera, Pełnoletniego dziecka powyżej 18 roku życia\*):**

1. Niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nałogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. dla celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie ww. danych Allianz SE, z siedzibą D-80802 Monachium, Koeniginstrasse 28 i Kolnische Ruckversicherungs-Gesellschaft AG z siedzibą Niederlassung/Wien, Renngasse 58 w związku z reasekurowaniem ryzyka przyjętego przez TU Allianz Życie Polska S.A. z tytułu umowy ubezpieczenia na życie.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na przez TU Allianz Życie Polska S.A. o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.), a w szczególności o tym, że posiadam prawo do wglądu do swoich danych i ich poprawiania.
3. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o stanie mojego zdrowia, w tym również po mojej śmierci (w tym do udostępniania dokumentacji medycznej), a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia (a w szczególności do uzyskiwania dokumentacji medycznej), u każdego lekarza, u którego zasięgałam bądź będę zasięgać porad lub przez którego byłam/am lub będę badana/a lub leczona/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych w szczególności przychodni, szpitali).

\_\_\_\_\_  
Podpis Współubezpieczonego

**17. Klauzula informacyjna:**

Informujemy, że dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

**18. Oświadczenie osoby występującej z roszczeniem:**

Wyrażam zgodę na to, aby TU Allianz Życie Polska S.A. kierowało do mnie korespondencję w formie elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail, co przyspieszy proces rozpatrywania roszczenia.

tak  nie

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby występującej z roszczeniem

\* Należy podpisać gdy oświadczenie dotyczy wymienionych osób.

**19. 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.