

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA RODZINNEGO

## TYP ŚWIADCZENIA

- |                          |                            |                          |                |                          |                         |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Urodzenie dziecka          | <input type="checkbox"/> | Śmierć dziecka | <input type="checkbox"/> | Śmierć rodzica          |
| <input type="checkbox"/> | Urodzenie martwego dziecka | <input type="checkbox"/> |                | <input type="checkbox"/> | Śmierć rodzica małżonka |

## NUMER POLISY

## NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

## DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko		Imię	
PESEL / Data urodzenia	Kraj urodzenia		
Seria i numer dokumentu tożsamości	Data ważności dokumentu tożsamości	Telefon kontaktowy	
Ulica	Numer domu		Numer mieszk.
Kod pocztowy	Pocztą / Miejscowość	Kraj	
Obywatelstwo (Prosimy wpisać wszystkie 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 przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

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:

## DANE DZIECKA, RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA

Nazwisko dziecka lub rodzica	Imię dziecka lub rodzica
------------------------------	--------------------------

## DATA ZDARZENIA:

D D M M R R R R

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

<input type="checkbox"/>	Przelewu na konto						
<input type="checkbox"/>	Nr rachunku bankowego						

dane właściciela konta (imię, nazwisko, nazwa oraz adres)

Czytelny podpis osoby zgłaszającej wniosek

## POTRZEBNE DOKUMENTY

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Ubezpieczonego
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia dziecka – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia martwego dziecka – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci dziecka – kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego – kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
- w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica małżonka – kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica małżonka, kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa

## 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. Inflancka 4B, 00-189 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 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/iich 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.