

**LECZENIE SZPITALNE** – TO ŚWIADCZENIE PRZYSŁUGUJE ZA POBYT W SZPITALU TRWAJĄCY PRZEZ CZAS OKREŚLONY W WARUNKACH UBEZPIECZENIA. PROSIMY O SPRAWDZENIE LICZBY DNI OBJĘTYCH OCHRONĄ W RAMACH UMOWY.

**ŚWIADCZENIE SZPITALNE** – TO ŚWIADCZENIE PRZYSŁUGUJE ZA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ WYKONANĄ W SZPITALU I UJĘTĄ W WYKAZIE ZAŁĄCZONYM DO OWU. OCHRONA NIE OBEJMUJE LECZENIA W PRZYCHODNIACH I PORADNIACH.

**REKONWALESCENCJA** – TO ŚWIADCZENIE Z UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO, KTÓRE PRZYSŁUGUJE W RAZIE PIERWSZEGO ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO PO POBYCIE W SZPITALU, TRWAJĄCEGO CO NAJMNIEJ 14 DNI, O ILE OCHRONA OBEJMUJE TAKIE RYZYKO.

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 \_\_\_\_\_

D D M M R R R R

ULICA \_\_\_\_\_ NUMER DOMU \_\_\_\_\_ NUMER MIESZKANIA \_\_\_\_\_

KOD POCZTOWY \_\_\_\_\_ POCZTA/MIEJSCOWOŚĆ \_\_\_\_\_ KRAJ \_\_\_\_\_

OBYWATELSTWO (PROSIMY WPISAĆ WSZYSTKIE AKTUALNIE 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 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:

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOTYCZY:**

UBEZPIECZONEGO

MAŁŻONKA/PARTNERA

DZIECKA

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ FORMULARZA PROSIMY WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY ZGŁOSZENIE DOTYCZY DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO.

NAZWISKO DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_ IMIĘ DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ TELEFON KONTAKTOWY MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_

ADRES E-MAIL MAŁŻONKA LUB PARTNERA \_\_\_\_\_

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

PRZELEWU NA RACHUNEK BANKOWY

NUMER KONTA \_\_\_\_\_

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES) \_\_\_\_\_

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

## I. PRZEBIEG LECZENIA

PROSIMY O PODANIE ADRESU LEKARZA RODZINNEGO LUB PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

---

---

---

## II. PRZYCZYNA POBYTU W SZPITALU

CHOROBA	DATA ROZPOZNANIA CHOROBY:	D D M M R R R R
WYPADEK	DATA WYPADKU:	D D M M R R R R

Ja, niżej podpisany(-na), upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz u lekarzy dotyczących mnie lub mojego dziecka informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego. Dotyczy to w szczególności:

- stanu zdrowia,
- weryfikacji podanych przeze mnie danych,
- okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, z przyczyn uzasadnionych treścią umowy ubezpieczenia - jak również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń.

Powyższe oświadczenie jest nieodwołalne i nie wygasa z chwilą śmierci. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

---

---

---

DATA PODPISANIA

---

---

---

## POTRZEBNE DOKUMENTY

- ✓ kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia
- ✓ kopia karty leczenia szpitalnego i historii choroby
- ✓ wyniki wykonanych badań (w tym wynik badania histopatologicznego, jeśli było wykonywane)
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu rekonwalescencji: kopia/kopie zwolnienia/zwolnień lekarskich
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka/partnera – kopia dowodu osobistego małżonka/partnera lub kopie aktów urodzenia/matżeństwa
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

## 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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa),
- ✓ za pomocą formularza dostępnego na naszej stronie internetowej 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 otrzymania.

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 reprezentującą osobę uprawnioną do odbioru świadczenia w mojej obecności. Jej/ich tożsamość zweryfikowałem/am na podstawie wskazanego/ych 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.