

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA,
NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ROZPOZNANIA
NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO I LECZENIA
SPECJALISTYCZNEGO**



(pole do użytku Allianz)

TYP ŚWIADCZENIA:

<input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE	<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE SKŁADKI	<input type="checkbox"/> LECZENIE SPECJALISTYCZNE
<input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE LUB ŚWIADCZENIE SZPITALNE	<input type="checkbox"/> RAK ASSISTANCE/ROZPOZNANIE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO	<input type="checkbox"/> TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY WSKUTEK NW

NUMERY POLIS

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:

<input type="checkbox"/> UBEZPIECZONEGO	<input type="checkbox"/> MAŁŻONKA/PARTNERA	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> PRZELEWU NA RACHUNEK BANKOWY
NUMER KONTA
DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

[Blank space for signature]

I. PRZEBIEG LECZENIA:

PROSIMY O PODANIE ADRESU LEKARZA RODZINNEGO LUB PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

II. ZDARZENIE (PONIŻSZE CZĘŚCI WNIOSKU – A LUB B - PROSIMY WYPEŁNIĆ W ZALEŻNOŚCI OD TYPU ŚWIADCZENIA)

A. POWAŻNE ZACHOROWANIE, ROZPOZNANIE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO LUB RAK ASSISTANCE

UWAGA: OCHRONĄ SĄ OBJĘTE CHOROBY, STANY I OPERACJE WYMIENIONE W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA. PROSIMY O SPRAWDZENIE CZY ZGŁASZANE ZDARZENIE JEST OBJĘTE OCHRONĄ W RAMACH UMOWY.

1. NAZWA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, W ZWIĄZKU Z KTÓRYM JEST ZGŁASZANY WNIOSEK O WYPŁATĘ LUB NAZWA ROZPOZNANEGO NOWOTWORU

2. DATA WYSTĄPIENIA PIERWSZYCH OBJAWÓW CHOROBY:

D D M M R R R R

3. DATA PIERWSZEGO ROZPOZNANIA CHOROBY LUB DATA OPERACJI:

D D M M R R R R

B. LECZENIE SPECJALISTYCZNE

UWAGA: OCHRONĄ OBJĘTE JEST JEDYNIENIE LECZENIE SPECJALISTYCZNE WSKAZANE W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA. PROSIMY O SPRAWDZENIE CZY ZGŁASZANE ZDARZENIE JEST OBJĘTE OCHRONĄ W RAMACH UMOWY.

1. NAZWA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO, W ZWIĄZKU Z KTÓRYM JEST ZGŁASZANY WNIOSEK O WYPŁATĘ

2. DATA ROZPOCZĘCIA LECZENIA:

D D M M R R R R

C. NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY WSKUTEK NW, UBEZPIECZENIE SKŁADKI

UWAGA:

- OCHRONA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY OBEJMUJE CAŁKOWITĄ I TRWAŁĄ UTRATĘ ZDOLNOŚCI DO PROWADZENIA JAKIEJKOLWIEK DZIAŁALNOŚCI ZAROBKOWEJ.
- OCHRONA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA SKŁADKI OBEJMUJE NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY WE WŁASNYM ZAWODZIE PRZEZ OKRES CO NAJMNIEJ SZESZCIU MIESIĘCY

1. PRZYCZYNA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

CHOROBA

DATA ROZPOZNANIA CHOROBY

D D M M R R R R

WYPADEK

DATA WYPADKU

D D M M R R R R

OPIS OKOLICZNOŚCI WYPADKU

PROSIMY O ZAŁĄCZENIE KOPII POSTANOWIENIA PROKURATURY/ NOTATKI POLICYJNEJ / PROTOKOŁU BHP LUB PODANIE ADRESU INSTYTUCJI PROWADZĄCEJ POSTĘPOWANIE W SPRAWIE OKOLICZNOŚCI WYPADKU

2. CZAS TRWANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

PROSIMY O PODANIE CZASU TRWANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:

OD:

D D M M R R R R

DO:

D D M M R R R R

3. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

PROSIMY O PODANIE NAZWY ORZECZENIA / DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I ZAŁĄCZENIE JEGO KOPII

ORZECZENIE LEKARZA ZUS / KRUS

ZWOLNIENIA LEKARSKIE

DECYZJA ORGANU RENTOWEGO

INNE, (JAKIE?)

4. NAZWA WYKONYWANEGO AKTUALNIE ZAWODU

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

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

- ✓ kopie wyników badań potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania
- ✓ kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby
- ✓ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia dowodu osobistego małżonka lub partnera oraz aktu małżeństwa
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU RAKASISTANCE/ROZPOZNANIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

- ✓ kopia wyniku badania histopatologicznego
- ✓ kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby
- ✓ kopia faktury za zakup peruki w przypadku ubiegania się o refundację kosztu w ramach umowy RakAssistance
- ✓ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia dowodu osobistego małżonka lub partnera oraz aktu małżeństwa
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

- ✓ kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby potwierdzającej stosowanie leczenia specjalistycznego
- ✓ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia dowodu osobistego małżonka lub partnera oraz aktu małżeństwa
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NW, UBEZPIECZENIA SKŁADKI

- ✓ kopie kart leczenia szpitalnego i historii choroby
- ✓ kopie dokumentów potwierdzających nieprzerwaną niezdolność do pracy, zwolnień lekarskich, decyzji ZUS, KRUS lub innych organów rentowych
- ✓ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka lub partnera – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia małżonka lub partnera
- ✓ jeśli zdarzenie było następstwem wypadku, kopie notatki policyjnej, protokołu BHP lub postanowienia prokuratury

UWAGA: Jeżeli mamy wypłacić pieniądze na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawniony, potrzebujemy poświadczenia notarialnego za własnoręczność podpisu. Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

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/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.