

# Zgłoszenie roszczenia o świadczenie z umowy grupowego ubezpieczenia na życie (druk do zgłoszenia online)

## Wypełnia Allianz

Numer roszczenia  /  Kod zdarzenia   
 Indeks owu    
 Kwota należnego świadczenia  zł Kwota do wypłaty  zł  
 Uwagi \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Akceptacja            
 Data (dd-mm-rrrr) Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_\_  
 Podpis i pieczętka

\_\_\_\_\_  
 Podpis i pieczętka

## Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Numer polisy  -   
 2. Data zdarzenia (dd-mm-rrrr)      
 3. Data przystąpienia do ubezpieczenia (dd-mm-rrrr)      
 4. Ubezpieczony  
 Imię (imiona)   
 Nazwisko   
 PESEL  Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

5. Ubezpieczający  
 Imię (imiona)/nazwa firmy   
 Nazwisko/nazwa firmy cd.

6. Zdarzenie dotyczy  Ubezpieczonego  Rodzica/Teścia  Dziecka

7. Dane osoby, za którą przysługuje świadczenie  
 Imię i nazwisko

8. Rodzaj zdarzenia  
 urodzenie  
 zgon  
 leczenie szpitalne od (dd-mm-rrrr)     do (dd-mm-rrrr)      
 trwałe uszczerbek/częściowe inwalidztwo na zdrowiu w następstwie wypadku  w pracy  w życiu prywatnym  
 (wypełnij p. 9, 10, 11, 12) (wypełnij p. 9, 10, 11, 12)

## Wypełnia Ubezpieczony/ Uprawniony, jeżeli zdarzenie miało związek z wypadkiem

9. Opis zdarzenia  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. 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

Nazwa jednostki \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Sygnatura sprawy \_\_\_\_\_

**Pogotowie ratunkowe?**  tak  nie

Nazwa jednostki \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

**Wypełnia Ubezpieczony**

**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 Nazwa Banku \_\_\_\_\_

Nr konta \_\_\_\_\_

Właściciel konta \_\_\_\_\_

Przekaz \_\_\_\_\_

**15. Oświadczenie Ubezpieczonego**

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. Klauzula zgody na dane wrażliwe**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TU Allianz Życie Polska S.A. (ubezpieczyciel) moich danych osobowych lub moich dzieci, w tym danych wrażliwych w rozumieniu art. 27 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (zawierających m.in. dane o stanie zdrowia), przekazanych przez mnie dobrowolnie drogą elektroniczną w związku ze zgłoszonym roszczeniem z umowy ubezpieczenia lub pozyskanych przez ubezpieczyciela na podstawie obowiązujących przepisów prawa w celu realizacji mojego roszczenia.

\_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Podpis osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

**17. Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałżonka, Partnera, Pełnoletniego dziecka powyżej 18 roku życia\*):**

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 badany/a lub leczony/a (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych w szczególności przychodni, szpitali).

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

**18. 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.

\* Należy podpisać gdy oświadczenie dotyczy wymienionych osób.

**19. Postanowienia końcowe**

TU Allianz Życie Polska S.A. informuje, że dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu są objęte tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.