

**WNIOSEK  
O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA  
Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**



(pole do użytku Allianz)

**TYP ŚWIADCZENIA:**

- TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU       KALECTWO       LECZENIE SZPITALNE LUB ŚWIADCZENIE SZPITALNE  
 ZŁAMANIE/SKRĘCENIE/OPARZENIE       KOSZTY LECZENIA LUB REHABILITACJI

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 \_\_\_\_\_  
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       KARTY DUŻEJ RODZINY

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 \_\_\_\_\_

DATA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

DDMMRRRR

**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 PLACÓWKI MEDYCZNEJ, W KTÓREJ UDZIELONO PIERWSZEJ POMOCY PO URAZIE

## II. ZDARZENIE

1. OPIS OKOLICZNOŚCI WYPADKU:

2. OPIS WYSTĘPUJĄCYCH OBECNIE DOLEGLIWOŚCI I OBJAWÓW (W PRZYPADKU BLIZN PROSIMY O PODANIE ROZMIARÓW W CM):

3. CZY LECZENIE (RÓWNIEŻ REHABILITACYJNE) PO WYPADKU ZOSTAŁO JUŻ ZAKOŃCZONE?

TAK

NIE

JEŻELI TAK, PROSIMY O PODANIE DATY ZAKOŃCZENIA LECZENIA:

JEŻELI NIE, PROSIMY O OPIS PROWADZONEGO LUB PLANOWANEGO LECZENIA:

4. CZY ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE W PRACY?

TAK

NIE

CZY SPORZĄDZONO PROTOKÓŁ BHP

TAK

NIE

5. CZY POLICJA LUB PROKURATURA PROWADZIŁY POSTĘPOWANIE?

TAK

NIE

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

7. 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

DOKUMENTY PODSTAWOWE

- ✓ kopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia
- ✓ kopie kart historii choroby z udzielonej pierwszej pomocy i prowadzonego leczenia
- ✓ wyniki badań, karty leczenia szpitalnego
- ✓ kopia notatki policyjnej, postanowienia prokuratury lub kopia protokołu BHP, jeśli prowadzono postępowanie w sprawie wypadku
- ✓ 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

DOKUMENTY DODATKOWE

- ✓ do wniosków o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu: kopia kart leczenia szpitalnego
- ✓ do wniosków o wypłatę świadczenia z tytułu kosztów leczenia lub rehabilitacji: oryginały faktur dokumentujących wydatki na leczenie, rehabilitację i zakup sprzętu ortopedycznego

## TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Klient ma prawo złożyć reklamację:

- ✓ wysyłając wiadomość e-mail na adres: [skargi@allianz.pl](mailto: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 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.