

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

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 (wypełnij, jeżeli inny niż Ubezpieczony)

Imię (imiona)/Nazwa firmy

Nazwisko/Nazwa firmy cd.

6. Rodzaj ubezpieczenia

- ☐ Grupowe ubezpieczenie na życie
☐ Kontynuacja indywidualna grupowego ubezpieczenia na życie
☐ Zdrowotne ubezpieczenie na życie
☐ Indywidualne ubezpieczenie na życie
☐ Specjalnie dla
☐ Terminowe ubezpieczenie na życie
☐ Plan z gwarancją kapitału
☐ AZ Opiekun
☐ Inne

7. Zdarzenie dotyczy

- ☐ Ubezpiezonego ☐ Współmałżonka ☐ Rodzica/Teścia ☐ Dziecka

8. Rodzaj zdarzenia

- ☐ Zgon Przyczyna zgonu
☐ Poważne zachorowanie
☐ Leczenie szpitalne od (dd-mm-rrrr) do (dd-mm-rrrr)
☐ Leczenie stomatologiczne
☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku ☐ w pracy ☐ w życiu prywatnym
☐ Urodzenie dziecka
☐ Inwalidztwo
☐ Leczenie operacyjne Data zabiegu (dd-mm-rrrr)
☐ Koszty leczenia w szpitalu z zakresu chirurgii jednego dnia Data zabiegu (dd-mm-rrrr)
☐ Inne

Wypełnia Ubezpieczony/ Uprawniony, jeżeli zdarzenie miało związek z wypadkiem

9. Opis zdarzenia

10. Następstwa zdarzenia – rodzaj 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

strona 1/3

Pogotowie ratunkowe?☐ tak ☐ nie

Nazwa jednostki

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

Kraj

13. Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Kraj urodzenia

Miejscowość urodzenia

Obywatelstwo/-a

Czy osoba uprawniona jest podatnikiem USA*?

☐ TAK ☐ NIE

* Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:

- 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa)
- 2) uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta)
- 3) dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA
- 4) przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
 - 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
 - 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
 - 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu.

Numer NIP/TIN:

Kraj rezydencji podatkowej**	Numer TIN/NIP***	Powód niepodania numeru TIN/NIP (Powód: A, B, C)	Przyczyna (proszę wskazać, jeśli wybrano powód B)

** Prosimy o wskazanie Pana/i rezydencji podatkowej (kraju opłacania podatków od dochodów osobistych) – dwuliterowy kod kraju, w przypadku posiadania kilku rezydencji podatkowych prosimy o wskazanie ich wszystkich. W przypadku osób fizycznych, które wskażą rezydencję podatkową inną niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. Statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dla osoby fizycznej. W przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. Statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oraz Common Reporting Standard (CRS)

*** Podanie numeru NIP/TIN wymagane w sytuacji posiadania rezydencji podatkowej innej niż Polska.

Powody niepodania TIN/NIP:

- Powód A Kraj, w którym jestem zobowiązany(-a) płacić podatki, nie wydaje NIP/TIN dla swoich rezydentów,
- Powód B Nie jestem w stanie uzyskać numeru NIP/TIN lub jego funkcjonalnego ekwiwalentu z innych przyczyn
(Jeśli wybrali Państwo ten powód, proszę wyjaśnić w tabeli powyżej w przeznaczonym na to polu, dlaczego nie są Państwo w stanie uzyskać numeru NIP/TIN),
- Powód C Numer NIP/TIN nie jest wymagany
(Uwaga: tę opcję można wybrać tylko wtedy, gdy organy kraju rezydencji podatkowej wpisanego powyżej nie wymagają ujawniania numeru NIP/TIN).

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

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.

☐ tak ☐ nie**16. Wyrażam zgodę, by TU Allianz Życie Polska kierowało do mnie korespondencję w formie elektronicznej na wskazany adres-email, co przyspieszy rozpatrywanie roszczenia**☐ tak ☐ nie**17. 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.

☐ tak ☐ nie

18. Klauzula informacyjna:

Informujemy, że dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administradora) 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. Przyjmuję do wiadomości, że informacje znajdujące się w niniejszym formularzu oraz informacje dotyczące posiadacza rachunku i wszystkich rachunków raportowanych mogą zostać przekazane do właściwych organów podatkowych państwa, w którym rachunki są prowadzone oraz wymieniane z organami podatkowymi innego państwa lub państw, gdzie posiadacz rachunku może być rezydentem podatkowym na mocy międzyrządowych porozumień w zakresie wymiany informacji o rachunkach finansowych.

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.

Data

Imię i nazwisko osoby wypełniającej druk

Seria i nr dowodu osobistego