

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU



(pole do użytku Allianz)

LECZENIE SZPITALNE – TO ŚWIADCZENIE PRZYSŁUGUJE ZA POBYT W SZPITALU TRWAJĄCY PRZECZAS 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

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

D D M M R R R R

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/matrzeństwa
- ✓ 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. Inflancka 4B, 00-189 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 reprezentujące 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

D D M M R R R R

MIEJSCOWOŚĆ

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.