

12. 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 _____

13. Forma wypłaty świadczenia przelew na rachunek bankowy

Bank/Oddział _____
 Właściciel rachunku _____
 Nr rachunku _____

Allianz rekomenduje powyższą formę wypłaty ze względu na szybki termin jej realizacji oraz bezpieczeństwo dostarczenia środków.
 Może dokonać wypłaty również w formie przekazu pocztowego:

 przekaz pocztowy na adres

Ulica _____
 Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
 Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

14. Oświadczenie Koła Łowieckiego

Oświadczam, że Ubezpieczony jest członkiem Koła Łowieckiego _____ nr _____/
 PZŁ Zarządu Okręgowego w _____ nr legitymacji _____
 ważnej do _____ i został objęty ubezpieczeniem grupowym PZŁ od następstw nieszczęśliwych wypadków.

 Data

 Podpis uprawnionego przedstawiciela
 Koła Łowieckiego wraz z pieczęcią imienną

15. Oświadczenie osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.

 Data

 Podpis osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

16. Oświadczenie Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TUiR Allianz Polska S.A. od innego ubezpieczyciela, w tym TU Allianz Życie Polska S.A., informacji o szkodach dotyczących mojej osoby oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udostępniania pełnej dokumentacji o moim stanie zdrowia, a TUiR Allianz Polska S.A. do pozyskiwania powyższych dokumentów u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am porady lub przez którego byłem/am badany/a lub leczony/a.

 Data

 Podpis Ubezpieczonego

17. Postanowienia końcowe

TUiR Allianz Polska S.A. informuje, że:

- Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu:
 - są zbierane na zasadzie dobrowolności,
 - będą służyć rozpatrywaniu roszczenia i podjęciu decyzji o wypłacie świadczenia,
 - są objęte tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
- Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.