



## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA RODZINNEGO

### TYP ŚWIADCZENIA:

- URODZENIE DZIECKA                       ŚMIERĆ DZIECKA                       ŚMIERĆ RODZICA  
 URODZENIE MARTWEGO DZIECKA                       ŚMIERĆ RODZICA MAŁŻONKA

### NUMER POLISY

### NAZWA UBEZPIEZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

### DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO

IMIĘ

NUMER PESEL

ULICA

NR DOMU

NR MIESZK.

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE WSZYSTKICH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZGŁOSZONEGO PRZEZE MNIE WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA W FORMIE E-MAILI. INFORMACJE PRZESŁANE NA PODANY ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ BĘDĄ UWAŻANE ZA DORECZONE.

### DANE DZIECKA, RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA

NAZWISKO DZIECKA LUB RODZICA

IMIĘ DZIECKA LUB RODZICA

DATA ZDARZENIA:

### POLECENIE WYPŁATY. PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY W FORMIE:

PRZELEWU NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

ŚRODKÓW DO ODBIORU W BANKU PEKAO S.A. W CIĄGU 14 DNI OD ICH PRZEKAZANIA

CZYTELNY PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK

## POTRZEBNE DOKUMENTY

- ✓ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Ubezpieczonego
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia dziecka – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia martwego dziecka – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci dziecka – kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego – kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica małżonka – kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica małżonka, kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa

## TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przedstawiamy zasady składania i rozpatrywania reklamacji (w tym skarg i zażaleń).

Sposób wniesienia reklamacji może być dowolny – telefon, przesyłka pocztowa lub e-mail. Można ją wnieść także osobiście, podczas wizyty w naszej placówce, w formie protokołu lub pisma.

Do dyspozycji naszych Klientów jest infolinia: 801 888 444 oraz 22 557 44 44 dla osób korzystających z sieci komórkowych, adres e-mail: [reklamacje@aviva.pl](mailto:reklamacje@aviva.pl).

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 Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA. Dane te będą przetwarzane w celu jej rozpatrzenia. Osobie zgłaszającej reklamację przysługuje prawo wglądu w treść danych osobowych i ich poprawiania.