

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

1. Numer polisy - - -

2. Dane Ubezpieczającego

Imię/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

3. Dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

Adres korespondencyjny

Tel. kontaktowy E-mail

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

4. Dane Uprawnionego (wypełnić tylko w przypadku gdy szkodę zgłasza przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego małoletniego dziecka lub Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub pełnomocnik w/w osób)

Imię

Nazwisko

Adres korespondencyjny

Tel. kontaktowy E-mail

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Poczta Kraj

* podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania szkody

5. Przedmiot szkody

- uszczerbek na zdrowiu leczenie operacyjne
- koszty leczenia NNW pobyt w szpitalu od do
- śmierć NNW czasowa/trwała niezdolność do pracy/nauki od do
- poważne zachorowanie pogryzienie przez psa pokąsanie lub pogryzienie przez inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów
- zachorowanie na nowotwór inne (prosimy wymienić jakie)
- zawał/udar

6. Przyczyna zdarzenia

- wypadek (prosimy wybrać jaki): w pracy w szkole w życiu prywatnym inny
- choroba



INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPADKU (prosimy uzupełnić jeśli zdarzenie było spowodowane wypadkiem)

7. Data wypadku (d-m-r) Miejsce wypadku

8. Opis okoliczności (tj. przyczyna i przebieg wypadku)

9. Czy Ubezpieczony w trakcie wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych? tak nie

10. Prosimy o podanie danych placówki medycznej w której udzielono pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku

Nazwa placówki medycznej	Adres placówki medycznej (ulica/miejscowość/numer domu/kod pocztowy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Czy do zdarzenia doszło w trakcie treningu, meczu lub innych zajęć sportowych w ramach przynależności do klubu?

- tak (wymień jakiego)
- nie

INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY (prosimy uzupełnić jeśli zdarzenie było spowodowane chorobą)12. Data rozpoznania stanu chorobowego, będącego przyczyną zgłaszanego zdarzenia

13. Czy zgłaszane zdarzenie związane jest z chorobą diagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną przed zawarciem umowy ubezpieczenia z TUiR Allianz Polska S.A.?

- tak
 nie

14. Prosimy o wskazanie danych placówek medycznych w których Ubezpieczony był badany lub leczony w związku ze zgłaszaną chorobą

Nazwa placówki medycznej	Adres placówki medycznej (ulica/miejscowość/numer domu/kod pocztowy)

15. Czy w sprawie zgłoszonego zdarzenia było lub jest prowadzone postępowanie wyjaśniające przez:

Policję: nie tak, dane adresowe _____ numer sprawy _____Prokuraturę nie tak, dane adresowe _____ sygnatura akt _____Sąd: nie tak, dane adresowe _____ sygnatura akt _____

16. Informacje dotyczące sposobu wypłaty świadczenia:

 przelew bankowy (rekomenowana i najszybsza forma wypłaty świadczenia)

Właściciel rachunku _____

Nr rachunku przekaz pocztowy (prosimy o podanie adresu do przekazu jeśli jest inny niż korespondencyjny Ubezpieczonego/Uprawnionego):

17. Oświadczenia:

Oświadczenie

Potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Klauzula informacyjna

Informujemy, że dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz 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 oraz w przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych prawo wniesienia Skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczenie osoby występującej z roszczeniem

Wyrażam zgodę na to, aby TUiR Allianz Polska S.A. kierowało do mnie korespondencję w formie elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail lub numer telefonu (poprzez SMS), co może przyspieszyć proces rozpatrywania szkody.

 Nie wyrażam zgody**Klauzula zgody na dane wrażliwe**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUiR Allianz 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 przeze mnie dobrowolnie (w tym drogą elektroniczną) w związku ze zgłoszonym roszczeniem z umowy ubezpieczenia lub pozyskanych przez ubezpieczyciela na podstawie obowiązujących przepisów prawa w celu realizacji mojego roszczenia.

Upoważnienie Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka

Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pełnej informacji o moim stanie zdrowia lub mojego Ubezpieczonego dziecka, w tym również po mojej lub jego śmierci (w tym do udostępniania dokumentacji medycznej), a TUiR Allianz Polska S.A. do zasięgnięcia, na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej informacji medycznych (w tym pozyskiwania dokumentacji medycznej) dotyczących fizycznego i psychicznego stanu zdrowia mojego lub mojego Ubezpieczonego dziecka u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am, bądź będę zasięgał/a porad lub przez którego byłem/am lub będę badany/a lub leczony/a lub też przez którego było bądź będzie badane/leczone moje Ubezpieczone dziecko (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych tj. przychodni, szpitali itp.) – w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

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 lub mojego Ubezpieczonego dziecka oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy.

Miejscowość
Data_____
Czytelny podpis Uprawnionego*_____
Seria i nr dowodu osobistego

*Uprawniony; Ubezpieczony lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego małoletniego dziecka lub Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub pełnomocnik w/w osób