

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

1. Numer polisy _____ - _____ - _____ - _____

2. Dane Ubezpieczającego

Imię/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

3. Dane Ubezpiezonego

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 Ubezpiezonego małoletniego dziecka lub Uposażony w przypadku śmierci Ubezpiezonego 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)
_____	_____

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

☐ tak (wymień jakiego) _____

☐ nie

12. 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 _____

INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY (prosimy uzupełnić jeśli zdarzenie było spowodowane chorobą)

13. Data rozpoznania stanu chorobowego, będącego przyczyną zgłaszanego zdarzenia

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

☐ tak☐ nie

15. 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)

16. Informacje dotyczące zgłoszenia z ubezpieczenia z Klasą (NNW dla placówek oświatowych)

Niniejszym potwierdzam, że osoba wymieniona powyżej była w dniu zdarzenia objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach powyższej polisy w grupie ryzyka:

☐ grupa ryzyka D (dzieci, młodzież)☐ grupa ryzyka A (osoby dorosłe)

Pieczęć placówki oświatowej _____

Data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela placówki oświatowej _____

17. Informacje dotyczące sposobu wypłaty świadczenia:

☐ przelew bankowy (rekomendowana i najszybsza forma wypłaty świadczenia)

Właściciel rachunku _____

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

18. Oświadczenia:

Oświadczenie Potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
Klauzula informacyjna Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do: – przeprowadzenia procesu obsługi zgłoszonej szkody lub roszczenia, – celów archiwalnych, Podane dane osobowe przetwarzane będą także w celu analitycznym oraz statystycznym. Przetwarzaniem danych w imieniu Administratora mogą zajmować się podmioty zewnętrzne. Przetwarzanie danych, które może odbywać się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG), podlega odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, której dane dotyczą, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych. Kopia danych może być uzyskana od Administratora. Przysługuje Pani/Panu prawo do: – dostępu do swoich danych, – poprawiania swoich danych, – wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych w przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
Oświadczenie osoby występującej z roszczeniem ☐ Wyrażam dobrowolną zgodę na przesłanie mi dokumentów i informacji związanych z obsługą zgłoszonej szkody lub roszczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej w tym telefonu i poczty elektronicznej.
Klauzula zgody na dane wrażliwe Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług.
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/lezione 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* _____