

Zgłoszenie szkody z tytułu umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

Wypełnia Allianz

Numer szkody -

Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Numer polisy - -

2. Data zdarzenia (d-m-r)

3. Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

4. Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy Poczta

5. Przedmiot szkody obrażenia ciała NNW zawał serca/udar mózgu NNW zasiłek szpitalny NNW

śmierć NNW zwrot kosztów leczenia NNW zasiłek ambulatoryjny NNW

6. Okoliczności zdarzenia

wypadek w życiu prywatnym spowodowany przez Ubezpieczonego wypadek w życiu prywatnym spowodowany przez osoby trzecie

wypadek w trakcie pracy/nauki spowodowany przez Ubezpieczonego wypadek w trakcie pracy/nauki spowodowany przez osoby trzecie

7. Charakter zdarzenia

wypadek przy rekreacyjnym uprawianiu dyscyplin sportowych wypadek przy wyczynowym uprawianiu dyscyplin sportowych

wypadek związany z kolizją środka transportu wypadek związany z przestępstwem (rabunek, napad, pobicie)

wypadek losowy (potknięcie, zranienie, oparzenie, złamanie) schorzenie przewlekłe

inne

8. Zdarzenie powstało w: (prosimy o dokładne wskazanie miejsca)

Miejsce

Miejscowość

9. Opis zdarzenia

10. Następstwa zdarzenia – rodzaj doznanych obrażeń

11. Dane adresowe placówki medycznej, w której podjęto leczenie bezpośrednio po wypadku

Nazwa placówki

Nazwa placówki cd.

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy Poczta

12. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

Policję/Prokuraturę? tak nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki Policji/Prokuratury)

Nazwa jednostki

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy Poczta

Sygnatura sprawy

Pogotowie ratunkowe? tak nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia)

Nazwa jednostki _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - Poczta _____ Kraj _____

13. Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem dokonano zgłoszenia szkody u innego ubezpieczyciela? tak nie

Nazwa i adres ubezpieczyciela _____

14. Oświadczam, że w chwili wypadku: nie byłem pod wpływem alkoholu. byłem pod wpływem alkoholu.
 nie byłem pod wpływem środków odurzających. byłem pod wpływem środków odurzających.

15. Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/opiekuna prawnego (dla ubezpieczonych małoletnich)

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Adres korespondencyjny

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - Poczta _____ Kraj _____

Tel. stacjonarny _____ Tel. kom. _____

E-mail _____ Faks _____

16. 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 _____

17. Oświadczenie osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/opiekuna prawnego

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/opiekuna prawnego

18. 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.

tak nie

Data

Podpis Ubezpieczonego

19. 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

20. Postanowienia końcowe

TUIR Allianz Polska S.A. informuje, że:

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