

# Ubezpieczenie szkolne NNW Twoje Dziecko

## Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków

Numer szkody \_\_\_\_\_

Numer polisy \_\_\_\_\_

Proszę uzupełnić i podpisać formularz, a następnie odesłać go do nas e-mailem na adres: szkody\_osobowe@allianz.pl lub pocztą tradycyjną na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa.

### Kto został poszkodowany

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Numer telefonu poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego \_\_\_\_\_

Adres email poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego \_\_\_\_\_

### Kiedy i gdzie doszło do zdarzenia?

Data zdarzenia (d-m-r) \_\_\_\_\_ Godzina \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Miejsce zdarzenia \_\_\_\_\_

### Co się wydarzyło?

Proszę opisać przyczyny i przebieg zdarzenia, które doprowadziły do nieszczęśliwego wypadku np. jakie i czyje działanie lub zaniechanie spowodowało wypadek, jakie były warunki pogodowe itp.:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Dodatkowe informacje o zdarzeniu

Jeśli w sprawie zdarzenia trwało dochodzenie, prosimy o podanie nazwy i adresu policji, prokuratury lub sądu oraz sygnatury akt.

---

---

---

---

---

---

### Skutki zdarzenia

Obrażenia ciała:

---

---

Kto lub jaka placówka medyczna udzieliła poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej:

---

### Odszkodowanie

Numer rachunku bankowego, na który Allianz ma wpłacić odszkodowanie:

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Nazwa \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis pełnoletniego poszkodowanego  
lub opiekuna prawnego poszkodowanego

### Wymagane dokumenty

- dokumentacja medyczna (np. karta informacyjna z udzielenia pierwszej pomocy, z leczenia szpitalnego, historia choroby z leczenia ambulatoryjnego)
- pisma z policji, prokuratury lub sądu

### Oświadczenia

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że:

1. Udzieliłem(-łam) zgodnie z prawdą wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody.
2. W związku ze szkodą zaistniałą w dniu \_\_\_\_\_, w wyniku której toczy się postępowanie o wypłatę świadczenia/odszkodowania, wyrażam zgodę na zasięganie przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. w zakładach ubezpieczeń, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz u lekarzy informacji dotyczących mojego stanu zdrowia oraz weryfikacji podanych przeze mnie danych, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, jak również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń.
3. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę w formie e-maili. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

Informujemy, że administratorem danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4B, 00-189 Warszawa. Dane będą przetwarzane w celu i zakresie niezbędnym do likwidacji zgłoszonej szkody. Jednocześnie informujemy o prawie wglądu do swoich danych i ich poprawiania. Podawanie powyższych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu ubiegania się o świadczenie z umowy ubezpieczenia.

\_\_\_\_\_  
Data podpisania (d-m-r)

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis pełnoletniego poszkodowanego  
lub opiekuna prawnego poszkodowanego