



Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

Numer szkody: _____

Numer polisy:

Proszę uzupełnić i podpisać oświadczenie, a następnie odesłać je do nas e-mailem na adres: odszkodowania@allianz.pl lub pocztą tradycyjną na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.

Kiedy i gdzie doszło do zdarzenia?

Data zdarzenia: _____ Godzina: _____

Miejsce zdarzenia: _____

Kto zgłasza szkodę?

Imię i nazwisko zgłaszającego szkodę: _____

PESEL:

Adres zamieszkania: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Kto został poszkodowany? (Prosimy wypełnić poniższe pola, jeśli poszkodowany nie jest zgłaszającym szkodę)

Imię i nazwisko poszkodowanego (jeśli inny niż zgłaszający szkodę): _____

PESEL:

Adres zamieszkania: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Co się wydarzyło?

Proszę możliwie dokładnie opisać przyczyny i przebieg zdarzenia:

Informacje o zdarzeniu

Czy na miejsce zdarzenia wezwano policję, pogotowie? Tak Nie

Jeśli w sprawie zdarzenia trwa albo trwało dochodzenie, prosimy o podanie nazwy i adresu policji, prokuratury lub sądu prowadzącego sprawę oraz sygnatury akt:

Skutki zdarzenia

Obrażenia ciała:

Odszkodowanie

Numer rachunku bankowego, na który Allianz ma wpłacić odszkodowanie:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Imię i nazwisko lub nazwa właściciela rachunku, jeśli jest to inna osoba niż poszkodowany: _____

Wymagane dokumenty

Prosimy o dostarczenie:

- dokumentacji medycznej (np. karty informacyjnej z udzielenia pierwszej pomocy, z leczenia szpitalnego, historii 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. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 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: _____

Czytelny podpis poszkodowanego: _____