



Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia 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 S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.

Zgłoszenie z Karty Dużej Rodziny

TAK NIE Nr certyfikatu _____

Kto został poszkodowany

Imię i nazwisko poszkodowanego: _____

PESEL:

Adres zamieszkania: _____

Tel. oraz e-mail do poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego: _____

Kiedy i gdzie doszło do zdarzenia?

Data zdarzenia: _____ 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 lub nazwa właściciela rachunku, jeśli jest to inna osoba niż poszkodowany:

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 zasięgnięcie 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.

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 obowiązkowe wyłącznie wobec faktu ubiegania się o świadczenie z umowy ubezpieczenia.

- Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących złożonego przeze mnie wniosku o wypłatę w formie e-maili. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

Czytelny podpis pełnoletniego poszkodowanego
lub opiekuna prawnego poszkodowanego:

Data podpisania:

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---