

## Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Numer szkody (wypełnia Allianz):  -

- Szkoda z polisy Allianz       Szkoda z polisy obcej

Nazwa ubezpieczyciela \_\_\_\_\_

1. Data powstania szkody (d-m-r, godzina)  -  -   :

2. Data zgłoszenia szkody do zakładu ubezpieczeń (d-m-r)  -  -

3. Szkoda powstała w: (prosimy o dokładne wskazanie miejsca np. nazwa ulicy, adres)

Kraj \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Miejsce \_\_\_\_\_

4. Opis zdarzenia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Zgłaszający szkodę

Imię, nazwisko/nazwa firmy \_\_\_\_\_  
PESEL/NIP \_\_\_\_\_  
Adres zameldowania/siedziba \_\_\_\_\_  
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)  
\_\_\_\_\_  
Kontakt (prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)  
\_\_\_\_\_  
Rola zgłaszającego w zdarzeniu (możliwość wielokrotnego wyboru):  
 właściciel polisy     poszkodowany     kierujący     pasażer     inny  
 właściciel pojazdu     użytkownik     pełnomocnik     świadek

6. Poszkodowany (prosimy o wypełnienie jeśli Poszkodowanym jest inna osoba niż Zgłaszający szkodę)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
PESEL/NIP \_\_\_\_\_  
Adres zameldowania \_\_\_\_\_  
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)  
\_\_\_\_\_  
Kontakt (prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)  
\_\_\_\_\_  
Rola poszkodowanego w zdarzeniu (możliwość wielokrotnego wyboru):  
 kierujący pojazdem     pasażer     inny  
 właściciel pojazdu     użytkownik pojazdu

## 7. Sprawca szkody

A. Dane pojazdu sprawcy szkody	
Marka i nr rej. pojazdu	_____
Pojazd ubezpieczony w zakresie OC w: <i>(prosimy o podanie nazwy zakładu ubezpieczeń)</i>	
_____	
Numer polisy ubezpieczenia OC _____	
B. Kierujący pojazdem, którym wyrządzono szkodę <i>(prosimy wypełnienie jeżeli dane te są inne niż wymienione w pkt. A)</i>	
Imię i nazwisko	_____
Adres zameldowania	_____
Adres korespondencyjny	_____
Kontakt <i>(prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)</i>	
_____	
C. Właściciel pojazdu, którym wyrządzono szkodę	
Imię i nazwisko/nazwa	_____
Adres zameldowania/siedziba	_____
Adres korespondencyjny	_____
Kontakt <i>(prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)</i>	
_____	

## 8. Świadkowie zdarzenia oraz pasażerowie pojazdów uczestniczących w zdarzeniu

Upzejmie prosimy o podanie informacji o świadkach zdarzenia: imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu *(o ile numer ten jest znany)*

\_\_\_\_\_

## 9. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

A. Policję?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<i>(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki policji oraz sposób zakończenia interwencji)</i>
_____			
B. Pogotowie ratunkowe lub inną placówkę służby zdrowia, gdzie po zaistnieniu zdarzenia udzielono poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<i>(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia oraz sposób zakończenia interwencji)</i>
_____			
C. Straż pożarną?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<i>(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki straży oraz sposób zakończenia interwencji)</i>
_____			

## 10. Czy w chwili zdarzenia poszkodowany:

- był pod wpływem alkoholu?  tak  nie
- był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?  tak  nie
- miał zapięte pasy bezpieczeństwa?  tak  nie
- siedział:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> na miejscu obok kierowcy            | <input type="checkbox"/> na tylnym siedzeniu z lewej strony |
| <input type="checkbox"/> na tylnym siedzeniu z prawej strony | <input type="checkbox"/> na tylnym siedzeniu po środku      |

11. Czy w dacie zdarzenia poszkodowany pozostawał zatrudniony?  tak  nie

Podstawa zatrudnienia:

umowa o pracę,  umowa zlecenia / o dzieło,

prowadzenie działalności gospodarczej,  inna \_\_\_\_\_

12. W dacie zdarzenia poszkodowany był objęty:

ubezpieczeniem społecznym (ZUS)?  tak  nie

KRUS  tak  nie

nie był objęty ubezpieczeniem społecznym

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

(nazwa i adres ubezpieczyciela) \_\_\_\_\_

Z jakiego ubezpieczenia?  NNW  odpowiedzialność cywilna  inne

14. Czy z tytułu zaistniałego zdarzenia uzyskano odszkodowanie?  tak  nie

Od kogo \_\_\_\_\_ kwota \_\_\_\_\_

15. Czy przed zaistnieniem przedmiotowej szkody poszkodowany miał uszkodzenia ciała lub występowały

u niego choroby samoistne?  tak  nie

(prosimy opisać) \_\_\_\_\_

16. Czy poszkodowany doznał obrażeń ciała w wyniku zaistniałego zdarzenia?  tak  nie

Prosimy wymienić obrażenia ciała: \_\_\_\_\_

17. Czy nastąpił zgon poszkodowanego?  tak  nie

(data zgonu) \_\_\_\_\_

18. Proszę wymienić osoby będące w okresie bezpośrednio poprzedzającym szkodę na utrzymaniu poszkodowanego i wskazać stopień ich pokrewieństwa z poszkodowanym (dotyczy wyłącznie przypadku, gdy nastąpił zgon poszkodowanego):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. W związku z przedmiotową szkodą zgłaszam wobec TU Allianz Polska S.A. następujące roszczenia

(prosimy o sprecyzowanie roszczeń i, o ile to możliwe, wskazanie ich wysokości)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 20. Dyspozycja płatnicza

Płatność proszę przekazać na konto numer _____
w banku: _____
Właściciel konta: _____
Przekazem pocztowym na adres: _____
_____
Data i czytelny podpis uprawnionego do odszkodowania

## 21. Oświadczam, że powyższe informacje podane zostały zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Zgłaszającego szkodę

## 22. Oświadczenia Poszkodowanego

A. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TU Allianz Polska S.A. od innego ubezpieczyciela informacji o szkodach dotyczących mojej osoby oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia odszkodowania i/lub świadczenia oraz wysokości tego odszkodowania i/lub świadczenia

tak  nie

B. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, a TU Allianz Polska S.A. do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia, u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am porady lub przez którego byłem/am badany/na lub leczony/na.

tak  nie

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Poszkodowanego

## 23. Oświadczam, iż całą korespondencję związaną z postępowaniem likwidacyjnym prowadzoną w związku

z przedmiotową szkodą z dnia [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] proszę przysyłać do mnie:

e-mailem na adres\* \_\_\_\_\_

listem zwykłym na adres\*: \_\_\_\_\_

listem poleconym na adres\*: \_\_\_\_\_

*\* prosimy skreślić niepotrzebne*

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Poszkodowanego

\_\_\_\_\_  
Data i podpis przedstawiciela Allianz

24. TU Allianz Polska S.A. informuje, że informacje na temat postępowania likwidacyjnego, dotyczącego przedmiotowej szkody może Pan/Pani uzyskać pod numerem infolinii 0801 10 20 30 posługując się wyłącznie numerem szkody nadanym przez TU Allianz Polska S.A. Biorąc pod uwagę charakter tych informacji, sugerujemy, aby numeru szkody nie udostępniali Państwo osobom niepowołanym.

#### 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 osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. (TUIR/KI/NT/Z/001)

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUIR/KI/NT/Z/020)

**Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:**

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy (TUIR/KI/NT/Z/006)
- obsługi zgłoszonej szkody, roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia (TUIR/KI/NT/Z/010)
- analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUIR/KI/NT/Z/011)
- wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUIR/KI/NT/Z/022)
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUIR/KI/NT/Z/023)
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUIR/KI/NT/Z/024)
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUIR/KI/NT/Z/025)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUIR/KI/NT/Z/018)

Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, we wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna zgoda. (TUIR/KI/NT/Z/029)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji AWP Health & Life SA, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France; Allianz SE, Königinstrasse 28, D-80802 München, Germany; General Reinsurance AG, Vienna Branch, Wächtergasse 1, 1010 Vienna Austria; AWP P&C S.A Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, Polska; Partner Reinsurance Europe SE Zurich Branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zurich, Switzerland; Sogécap, Tour D2, 17 bis place des Reflets, 92919 Paris La Défense Cedex, France. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUIR/KI/NT/Z/030)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, warsztatom naprawczym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUIR/KI/NT/Z/040)

**Przysługuje Pani/Panu prawo do:**

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUIR/KI/NT/Z/035)
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby profilowania (TUIR/KI/NT/Z/043)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUIR/KI/NT/Z/017)
- wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUIR/KI/NT/Z/036)
- przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych (TUIR/KI/NT/Z/037)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUIR/KI/NT/Z/038)

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. (TUIR/ZD/NT/Z/008)

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. (TUIR/ZD/NT/Z/010)

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Poszkodowanego

\_\_\_\_\_  
Data i podpis przedstawiciela Allianz

**24. TU Allianz Polska S.A. informuje, że informacje na temat postępowania likwidacyjnego, dotyczącego przedmiotowej szkody może Pan/Pani uzyskać pod numerem infolinii 0801 10 20 30 posługując się wyłącznie numerem szkody nadanym przez TU Allianz Polska S.A. Biorąc pod uwagę charakter tych informacji, sugerujemy, aby numeru szkody nie udostępniali Państwo osobom niepowołanym.**