

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków



1. Numer polisy

2. Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

3. Ubezpieczający

Imię (imiona)/Nazwa firmy

Nazwisko/Nazwa firmy cd.

4. Przyczyna zdarzenia

wypadek (prosimy wybrać jaki): w pracy w szkole w życiu prywatnym inny

choroba

5. Rodzaj zdarzenia

uszczerbek na zdrowiu

koszty leczenia NNW

pobyt w szpitalu od (dd-mm-rrrr) do (dd-mm-rrrr)

śmierć NNW

poważne zachorowanie

zawał/udar

leczenie operacyjne

czasowa/trwała niezdolność do pracy/nauki od (dd-mm-rrrr) do (dd-mm-rrrr)

pogryzienie przez psa pokąsanie lub pogryzienie przez inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów

inne (prosimy wymienić jakie)

Wypełnij jeżeli zdarzenie miało związek z wypadkiem

6. Data zdarzenia (dd-mm-rrrr)

7. Opis zdarzenia – przyczyna i przebieg wypadku

8. Czy do zdarzenia doszło w trakcie treningu, meczu lub innych zajęć sportowych w ramach przynależności do klubu?

tak (wymień jakiego)

nie

9. 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.

10. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

Policję/Prokuraturę/Sąd? tak nie

Nazwa

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Sygnatura sprawy

11. Gdzie udzielono pierwszej pomocy po wypadku? Pogotowie ratunkowe Przychodnia Szpital Inny Podmiot

Nazwa

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

12. Czy zakończono już leczenie? tak nie nie wiem

13. Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia (w przypadku gdy szkodę zgłasza przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego małoletniego dziecka lub

Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub pełnomocnik w/w osób)

Imię (Imiona) _____
Nazwisko _____
PESEL _____
Seria i nr dowodu osobistego _____
Kraj urodzenia _____ Miejsowość urodzenia _____
Obywatelstwo/-a _____

- Wyrażam zgodę Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. na udostępnianie innym zakładom ubezpieczeń na ich żądanie moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
- 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/008/1.0)

Wyrażenie tej zgody, oraz podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania szkody

Adres korespondencyjny

Ulica _____
Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejsowość _____
Kod pocztowy _____ – _____ Poczta _____ Kraj _____
Telefon _____ E-mail _____

Przyjmuję do wiadomości, że numer telefonu i e-mail, które podaję, zostaną przypisane do wszystkich moich polis w TUiR Allianz Polska S.A. i będą wykorzystane do ich dalszej obsługi.

Jeśli nie chcesz, byśmy używali tych danych do dalszej obsługi twoich polis, zaznacz tu:

Forma wypłaty świadczenia

- Przelew Właściciel konta _____
Nr konta _____
 Przekaz _____

14. Oświadczenia

Potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

15. 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/001/2.0)

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/020/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- obsługi zgłoszonej szkody, roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia (TUiR/KI/NT/Z/010/2.0)
- 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/011/2.0)
- 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/022/1.0)
- przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUiR/KI/NT/Z/023/1.0)
- 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/024/1.0)
- 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/025/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), które nie zostały 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/018/2.0)

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, Königstrasse 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/030/1.0)

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/040/1.0)

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUiR/KI/NT/Z/035/1.0)
- 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 marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUiR/KI/NT/Z/015/2.0)
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUiR/KI/NT/Z/017/2.0)
- 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/036/1.0)
- przeniesienia 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/037/1.0)

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/038/1.0)

16. Dane wrażliwe

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/010/1.0)

Upoważnienie Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka

Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pełnej informacji o moim stanie zdrowia lub mojego Ubezpieczonego dziecka, w tym również po mojej lub jego śmierci (w tym do udostępniania dokumentacji medycznej), a TUiR Allianz Polska S.A. do zasięgania, na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej informacji medycznych (w tym pozyskiwania dokumentacji medycznej) dotyczących fizycznego i psychicznego stanu zdrowia mojego lub mojego Ubezpieczonego dziecka u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am, bądź będę zasięgał/a porad lub przez którego byłem/am lub będę badany/a lub leczony/a lub też przez którego było bądź będzie badane/lezione moje Ubezpieczone dziecko (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych tj. przychodni, szpitali itp.) – w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

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 lub mojego Ubezpieczonego dziecka oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy.

Czytelny podpis osoby, której dotyczy zdarzenie
(pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego jeśli szkoda dotyczy niepełnoletniego dziecka)

17. Postanowienia końcowe

TU i Reasekuracji Allianz Polska S.A. informuje, że dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu są objęte tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

Data

Seria i nr dowodu osobistego klienta lub uprawnionego

Imię i nazwisko klienta lub uprawnionego wypełniającego druk

Uwaga!!!

Jeśli wniosek jest wypełniany bez udziału Przedstawiciela Allianz należy dołączyć również kopię dowodu osobistego (dwie strony z zakrytym zdjęciem) klienta lub uprawnionego wypełniającego druk.

Identyfikacja Zgłaszającego (Wypełnia Przedstawiciel Allianz)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście przez osobę zgłaszającą roszczenie w mojej obecności po potwierdzeniu jego tożsamości na podstawie wskazanych dokumentów. Zweryfikowałem/am tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie.

Typ dokumentu tożsamości _____ Nr dok. tożsamości _____

Data

Miejscowość

Numer, podpis i pieczęć Przedstawiciela Allianz