Allianz

ZGŁOSZENIE SZKODY (koszty leczenia)

Ubezpieczający:

Imię i nazwisko / nazwa firmy				
Adres:	ulica	numer	kod pocztowy	miejscowość
Telefon				

Ubezpieczony (Poszkodowany):

Imię i nazwisko / nazwa firmy				
Adres:	ulica	numer	kod pocztowy	miejscowość
Data urodzenia	DD / MM / RRRR			
Telefon kontaktowy				
PESEL				
Adres e-mail				

Szkoda:

Okres ubezpieczenia od DD / MM / RRRR do DD / MM / RRRR

Numer polisy

Suma gwarancyjna

Data i godzina powstania szkody

Data ujawnienia szkody DD / MM / RRRR Data zgłoszenia szkody DD / MM / RRRR

Miejsce powstania szkody

(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)

Czego dotyczyła udzielona pomoc:

- ☐ Leczenie ambulatoryjne
- ☐ Leczenie szpitalne
- ☐ Inne usługi gwarantowane w umowie; jakie

Wysokość kosztów:

- ☐ Leczenia
- ☐ Transportu
- ☐ Innych usług

Kto pokrył ww. koszty

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

- ☐ Przekaz pocztowy: adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej
- ☐ Przelew na rachunek - - - - - -

Dokładny opis zdarzenia i ewentualnie opis obrażeń

Centrum Operacyjnej i Telefonicznej Obsługi Klienta tel. +48 224 224 224

Allianz

Świadkowie

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym? ☐ TAK ☐ NIE

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był trzeźwy? ☐ TAK ☐ NIE

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających? ☐ TAK ☐ NIE

Czy poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym?

☐ TAK ☐ NIE (nazwa Kasy Chorych)

Czy poszkodowany posiada inne ubezpieczenie?

☐ TAK ☐ NIE (nazwa firmy ubezpieczeniowej)

Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku? ☐ TAK ☐ NIE

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczył się po wypadku

Czy przed wypadkiem u poszkodowanego występowały choroby samoistne, jakie?

☐ TAK ☐ NIE

Informacje ogólne:

Czy o zdarzeniu poinformowano:

- Policję ☐ TAK ☐ NIE (nazwa i adres)
- Pogotowie ☐ TAK ☐ NIE
- Instytucja/osoba ☐ TAK ☐ NIE (nazwa i adres)

Upoważnienie dla placówek medycznych:

Ja, niżej podpisany/a

zam.

upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek AWP P&C, pełnej informacji dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. **W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.**

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Oświadczenie:

Oświadczam, że podane przez mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne".

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Centrum Operacyjnej i Telefonicznej Obsługi Klienta tel. +48 224 224 224

Allianz

Koniec dokumentu:

Poszkodowany	Zgłaszający szkodę
data i podpis	data i podpis

POTRZEBNE DOKUMENTY:

- **dowody poniesionych kosztów i potwierdzenia ich opłaty,**
- **dokumenty** stwierdzające przyczyny i zakres udzielonej **pomocy medycznej lub dotyczące innych kosztów** objętych zakresem ubezpieczenia;

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których AWP P&C nie było poinformowane lub z jakichkolwiek względów nie posiadało o nich informacji, zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji zgłoszonych roszczeń.

Oświadczenie:

Oświadczam, iż nie będę się ubiegać o odszkodowanie z tytułu przedmiotowej szkody w innym zakładzie ubezpieczeń

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Centrum Operacyjnej i Telefonicznej Obsługi Klienta tel. +48 224 224 224

Wniosek należy wysłać na adres korespondencyjny:
Sekcja likwidacji szkód turystycznych
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa
lub adres mailowy:
pmu.szkody@mondial-assistance.pl