



## Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia OC komunikacyjnego

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?

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

PESEL: 

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Poszkodowany w chwili zdarzenia był:

Kierującym pojazdem  Pasażerem siedzącym z tyłu Pasażerem siedzącym obok kierowcy  Osobą poza pojazdem (pieszy, rowerzysta) Czy poszkodowany w chwili zdarzenia był zapięty w pasy bezpieczeństwa? Tak  Nie Jeśli poszkodowane było dziecko, czy było przewożone w foteliku? Tak  Nie 

Liczba osób w pojeździe w chwili zdarzenia: \_\_\_\_\_

Marka, model pojazdu: \_\_\_\_\_ Nr rej.: \_\_\_\_\_

Jeżeli poszkodowanym jest małoletnie dziecko lub osoba wymagająca opieki, proszę podać dane rodzica lub opiekuna poszkodowanego:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_



## Skutki zdarzenia

Obrażenia ciała: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy poszkodowany był leczony stacjonarnie w szpitalu (hospitalizacja powyżej 1 doby)? Tak  / Nie

Czy poszkodowanemu udzielono pierwszej pomocy medycznej na miejscu zdarzenia? Tak  / Nie

Jeżeli nie, prosimy podać nazwę i adres placówki medycznej, która udzieliła poszkodowanemu pierwszej pomocy oraz datę i godzinę jej udzielenia:

Czy poszkodowany był poddawany zabiegom rehabilitacyjnym: Tak  / Nie

Do kiedy trwało leczenie powypadkowe lub rehabilitacja:  / Trwa nadal:

Jakie roszczenia składa poszkodowany (za co i w jakiej wysokości): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Zniszczone lub uszkodzone mienie osobiste poszkodowanego

Lp.	Rodzaj/Typ/Marka	Liczba	Data zakupu	Wartość wg poszkodowanego (na dzień szkody w stanie nieuszkodzonym)

## Odszkodowanie

Nr rachunku bankowego, na który Allianz ma wpłacić odszkodowanie:

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

## Wymagane dokumenty

- kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej odniesione obrażenia ciała w wyniku zgłoszonego zdarzenia (np. karta informacyjna z udzielenia pierwszej pomocy, z leczenia szpitalnego, historia choroby z leczenia ambulatoryjnego),
  - pisma z Policji, Prokuratury lub Sądu w sprawie zdarzenia, które spowodowało szkodę, w przypadku ich posiadania,
- W przypadku gdy poszkodowanym jest małoletni, prosimy o dostarczenie kopii dokumentów wykazujących stopień pokrewieństwa z małoletnim poszkodowanym (np. kopia skróconego aktu urodzenia dziecka) oraz kopii dokumentu upoważniającego osobę uprawnioną do działania w imieniu małoletniego.

## Oświadczenia

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że:

1. Udzieliłem(-łam) zgodnie z prawdą wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody.
2. W związku ze zgłaszaną szkodą na osobie, wyrażam zgodę na zasięganie przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. w zakładach ubezpieczeń oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej informacji dotyczących stanu zdrowia poszkodowanego 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 temat poszkodowanego 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 obligatoryjne 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.

Data: \_\_\_\_\_ Czytelny podpis osoby zgłaszającej szkodę: \_\_\_\_\_