

# Zgłoszenie Szkody z Umowy Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

## Wypełnia Allianz

Numer szkody          -

## Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Numer polisy          -   -

2. Data zdarzenia (d-m-r)     

### 3. Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy     

Nazwisko/nazwa firmy cd.     

### 4. Ubezpieczony

Imię (imiona)     

Nazwisko     

PESEL                                Data urodzenia (d-m-r)     

Ulica     

Nr domu               Nr lokalu               Miejscowość     

Kod pocztowy                 Poczta     

### 5. Przedmiot szkody

obrażenia ciała NNW       zawał serca/udar mózgu NNW       zasiłek szpitalny NNW

śmierć NNW       zwrot kosztów leczenia NNW       zasiłek ambulatoryjny NNW

### 6. Okoliczności zdarzenia

wypadek w życiu prywatnym spowodowany przez Ubezpieczonego       wypadek w życiu prywatnym spowodowany przez osoby trzecie

wypadek w trakcie pracy/nauki spowodowany przez Ubezpieczonego       wypadek w trakcie pracy/nauki spowodowany przez osoby trzecie

### 7. Charakter zdarzenia

wypadek przy rekreacyjnym uprawianiu dyscyplin sportowych

wypadek przy wyczynowym uprawianiu dyscyplin sportowych

wypadek związany z kolizją środka transportu

wypadek związany z przestępstwem (rabunek, napad, pobicie)

wypadek losowy (potknięcie, zranienie, oparzenie, złamanie)

schorzenie przewlekłe

inne

### 8. Zdarzenie powstało w: (prosimy o dokładne wskazanie miejsca)

Miejsce     

Miejscowość                                Kraj     

### 9. Opis zdarzenia

### 10. Następstwa zdarzenia – rodzaj doznanych obrażeń

### 11. Dane adresowe placówki medycznej, w której podjęto leczenie bezpośrednio po wypadku

Nazwa placówki     

Nazwa placówki cd.     

Ulica     

Nr domu               Nr lokalu               Miejscowość     

Kod pocztowy                 Poczta     

### 12. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

Policję?       tak       nie      (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki Policji)

Nazwa jednostki     

Ulica     

Nr domu               Nr lokalu               Miejscowość     

Kod pocztowy                 Poczta

**Pogotowie ratunkowe?**  tak  nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia)

Nazwa jednostki \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

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

Nazwa i adres ubezpieczyciela \_\_\_\_\_

**14. Oświadczam, że w chwili wypadku:**  nie byłem pod wpływem alkoholu  nie byłem pod wpływem środków odurzających  
 byłem pod wpływem alkoholu  byłem pod wpływem środków odurzających

**15. Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/opiekuna prawnego (dla ubezpieczonych małoletnich)**

Imię (imiona) \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

**Adres korespondencyjny**

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Tel. stacjonarny \_\_\_\_\_ Tel. kom. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_

**16. Forma wypłaty świadczenia**

przelewem na rachunek bankowy

Bank/Oddział \_\_\_\_\_

Właściciel rachunku \_\_\_\_\_

Nr rachunku \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres

Ulica \_\_\_\_\_

Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ - Poczta \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

**17. Oświadczenie osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/opiekuna prawnego**

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.

\_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Podpis osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/opiekuna prawnego

**18. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TU i Reasekuracji Allianz Polska S.A. od innego ubezpieczyciela, w tym TU Allianz Życie Polska S.A., informacji o szkodach dotyczących mojej osoby oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia.**

tak  nie

\_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Podpis Ubezpieczonego

**19. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udostępniania pełnej dokumentacji o moim stanie zdrowia, a TU i Reasekuracji Allianz Polska S.A. do pozyskiwania powyższych dokumentów u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am porady lub przez którego byłem/am badany/a lub leczony/a.**

\_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Podpis Ubezpieczonego

**20. Postanowienia końcowe**

TU i Reasekuracji Allianz Polska S.A. informuje, że:

1. Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu:
  - a) zbierane są na zasadzie dobrowolności,
  - b) służyć będą rozpatrywaniu roszczenia i podjęciu decyzji o wypłacie świadczenia,
  - c) objęte są tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
2. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.