

# Zgłoszenie Szkody z Umowy Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

## Wypełnia Allianz

Numer szkody  -

## Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Numer polisy  406  -  17  -  662  -  00072352

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  Kraj

## 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  Kraj

## 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  Kraj

**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:

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