

# Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

Numer szkody (wypełnia Allianz):  -

1. Numer polisy:  -  -  -

2. Ubezpieczający

Imię, nazwisko/nazwa

Adres zamieszkania/siedziba

3. Ubezpieczony

Imię, nazwisko/nazwa

Adres zamieszkania/siedziba

4. Okres ubezpieczenia

5. Data powstania szkody (d-m-r, godzina)  -  -  :

6. Data zgłoszenia szkody do zakładu ubezpieczeń (d-m-r)  -  -

7. Szkoda powstała w: (prosimy o dokładne wskazanie miejsca np. nazwa ulicy, adres)

Kraj  Miejscowość

Miejsce

8. Przedmiot szkody:

- obrażenia ciała NNW                       zawał serca/udar mózgu NNW  
 śmierć NNW                                       zasiłek NNW

9. Okoliczności powstania szkody:

- 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

10. 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

11. Opis zdarzenia

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. Następstwa zdarzenia – rodzaj doznanych obrażeń

---

---

---

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

---

---

14. Zgłaszający szkodę

Imię, nazwisko/nazwa firmy	_____			
PESEL/NIP	_____			
Adres zameldowania/siedziba	_____			
_____				
Adres korespondencyjny <i>(prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)</i>				
_____				
Kontakt <i>(prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)</i>				
_____				
Rola zgłaszającego w zdarzeniu (możliwość wielokrotnego wyboru):				
<input type="checkbox"/> ubezpieczony	<input type="checkbox"/> poszkodowany	<input type="checkbox"/> kierujący	<input type="checkbox"/> pasażer	<input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> właściciel polisy	<input type="checkbox"/> pełnomocnik	<input type="checkbox"/> beneficjent		

15. Poszkodowany *(prosimy o wypełnienie jeśli Poszkodowanym jest inna osoba niż Zgłaszający szkodę)*

Imię i nazwisko	_____		
PESEL/NIP	_____		
Adres zameldowania/siedziba	_____		
_____			
Adres korespondencyjny <i>(prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)</i>			
_____			
Kontakt <i>(prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)</i>			
_____			
Rola poszkodowanego w zdarzeniu (możliwość wielokrotnego wyboru):			
<input type="checkbox"/> ubezpieczony	<input type="checkbox"/> poszkodowany	<input type="checkbox"/> kierujący	<input type="checkbox"/> pasażer
<input type="checkbox"/> właściciel polisy	<input type="checkbox"/> inny		

16. Kierujący pojazdem *(prosimy o wypełnienie jeżeli kierujący pojazdem nie jest Poszkodowanym ani Zgłaszającym szkodę)*

Imię, nazwisko	_____
PESEL <i>(o ile jest znany)</i>	_____
Adres zamieszkania	_____
Kontakt <i>(prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)</i>	_____

17. Świadkowie zdarzenia

Upzejmie prosimy o podanie informacji o świadkach zdarzenia: imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu (o ile numer ten jest znany)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Pasażerowie pojazdu

Upzejmie prosimy o podanie informacji o pasażerach: imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu (o ile numer ten jest znany)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

A. Policję?  tak  nie  
*(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki policji oraz sposób zakończenia interwencji)*

\_\_\_\_\_

B. Pogotowie ratunkowe?  tak  nie  
*(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia oraz sposób zakończenia interwencji)*

\_\_\_\_\_

C. Straż pożarną?  tak  nie  
*(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki straży oraz sposób zakończenia interwencji)*

\_\_\_\_\_

D. Inne instytucje/osoby?  tak  nie  
*(prosimy o wskazanie nazwy i adresu)*

\_\_\_\_\_

20. 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

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

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

22. Czy z tytułu zaistniałego zdarzenia uzyskano odszkodowanie/świadczenie?  tak  nie

Od kogo \_\_\_\_\_ kwota \_\_\_\_\_

Jaki stwierdzono procent uszczerbku na zdrowiu \_\_\_\_\_

23. Dyspozycja płatnicza

Płatność proszę przekazać na konto numer _____
w banku: _____
Właściciel konta: _____
Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia jednostki likwidującej szkodę o zmianie ww. numeru konta, jeżeli taka zmiana miała miejsce.
_____
Data i czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

24. Oświadczenie osoby uprawnionej do odszkodowania/świadczenia

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

\_\_\_\_\_  
Data i podpis osoby uprawnionej do odszkodowania/świadczenia

25. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TU 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 i podpis Ubezpieczonego

26. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, a TU Allianz Polska S.A. do zasięgania informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am lub przez którego byłem/am badany/a lub leczony/a.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Ubezpieczonego

27. TU Allianz Polska S.A. informuje, że dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu:

- A. zbierane są na zasadzie dobrowolności
- B. służyć będą rozpatrywaniu roszczenia i podjęcia 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

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.