# Zgłoszenie szkody z tytułu 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 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/Prokuraturę? ☐ tak ☐ nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki Policji/Prokuratury)

Nazwa jednostki

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Sygnatura sprawy



Centrum Operacyjnej i Telefonicznej Obsługi Klienta tel. 801 10 20 30, +48 22 567 67 01

NNWZG-F05 11/12

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 377 240 000 złotych (wpłacony w całości).

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. ☐ byłem pod wpływem alkoholu.

☐ nie byłem pod wpływem środków odurzających. ☐ 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**

☐ przelew na rachunek bankowy

Bank/Oddział

Właściciel rachunku

Nr rachunku

**Allianz rekomenduje** powyższą formę wypłaty ze względu na szybki termin jej realizacji oraz bezpieczeństwo dostarczenia środków. Może dokonać wypłaty również w formie przekazu pocztowego:

☐ przekaz pocztowy 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 TUiR 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 TUiR 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.** Wyrażam zgodę na to, by TUiR Allianz Polska S.A. kierowało do mnie korespondencję w formie elektronicznej na wskazany przeze mnie adres e-mail, co przyspieszy proces rozpatrywania roszczenia.

☐ tak ☐ nie

Data Podpis osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/opiekuna prawnego

**21. Postanowienia końcowe**

TUiR Allianz Polska S.A. informuje, że:

1. Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu:
   a) są zbierane na zasadzie dobrowolności,
   b) będą służyć rozpatrywaniu roszczenia i podjęciu decyzji o wypłacie świadczenia,
   c) są objęte tajemnicą zawodową i nie bedą 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.



Centrum Operacyjnej i Telefonicznej Obsługi Klienta tel. 801 10 20 30, +48 22 567 67 01