

Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW szkolne

1. Numer polisy 805 - 22 - 606 - 00004335

2. Dane Ubezpieczającego
Imię i nazwisko/nazwa placówki _____
Nazwa placówki cd. _____

3. Dane Ubezpieczonego
Imię _____
Nazwisko _____
Data urodzenia _____
Adres korespondencyjny
Tel. kontaktowy _____ E-mail _____
Ulica _____
Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

4. Dane Uprawnionego (wypełnić tylko w przypadku gdy szkodę zgłasza przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego małoletniego dziecka, Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego, spadkobierca lub pełnomocnik w/w osób)
Imię _____
Nazwisko _____
Adres korespondencyjny
Tel. kontaktowy _____ E-mail _____
Ulica _____
Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____
Kod pocztowy _____ Poczta _____ Kraj _____

* podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania szkody

5. Zdarzenie ubezpieczeniowe

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku | <input type="checkbox"/> świadczenia assistance po wypadku | <input type="checkbox"/> rehabilitacja |
| <input type="checkbox"/> uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku epilepsji | <input type="checkbox"/> poważne zachorowanie | <input type="checkbox"/> ochrona ubezpieczonego dziecka w sieci |
| <input type="checkbox"/> wstrząśnienie mózgu w wyniku wypadku | <input type="checkbox"/> świadczenie assistance – pomoc w chorobie | <input type="checkbox"/> ukąszenie kleszcza |
| <input type="checkbox"/> pogryzienie dziecka przez psa lub inne zwierzęta | <input type="checkbox"/> powtórna opinia medyczna | <input type="checkbox"/> śmierć rodzica ubezpieczonego dziecka |
| <input type="checkbox"/> koszty leczenia powstałe w wyniku wypadku* | <input type="checkbox"/> nagle zachorowanie skutkujące hospitalizacją | <input type="checkbox"/> śmierć dziecka |
| <input type="checkbox"/> pobyt w szpitalu w wyniku wypadku od _____ do _____ | | |
| <input type="checkbox"/> pobyt opiekuna w szpitalu/hotelu od _____ do _____ | | |

* prosimy odłożenie dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia

6. Przyczyna zdarzenia

- choroba wypadek (prosimy wybrać jaki): w szkole w życiu prywatnym inny



INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPADKU (prosimy uzupełnić jeśli zdarzenie było spowodowane wypadkiem)

7. Data wypadku (d-m-r) _____ Miejsce wypadku _____

8. Opis okoliczności (tj. przyczyna i przebieg wypadku)

9. Czy Ubezpieczony w trakcie wypadku był pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych? tak nie

10. Prosimy o podanie danych placówki medycznej w której udzielono pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku

Nazwa placówki medycznej	Adres placówki medycznej (ulica/miejscowość/numer domu/kod pocztowy)

11. Czy do zdarzenia doszło w trakcie treningu, meczu lub innych zajęć sportowych w ramach przynależności do klubu?

- tak (wymień jakiego) _____
 nie

12. Czy w sprawie zgłoszonego zdarzenia było lub jest prowadzone postępowanie wyjaśniające przez:

Policję: nie tak, dane adresowe _____ numer sprawy _____
Prokuraturę nie tak, dane adresowe _____ sygnatura akt _____
Sąd: nie tak, dane adresowe _____ sygnatura akt _____
Inne: nie tak, dane adresowe _____ sygnatura akt _____

INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY (prosimy uzupełnić jeśli zdarzenie było spowodowane chorobą)

13. Data rozpoznania stanu chorobowego, będącego przyczyną zgłaszanego zdarzenia _____

14. Czy zgłaszane zdarzenie związane jest z chorobą diagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną przed zawarciem umowy ubezpieczenia z TUIR Allianz Polska S.A.?

- tak
 nie

15. Prosimy o wskazanie danych placówek medycznych w których Ubezpieczony był badany lub leczony w związku ze zgłaszaną chorobą

Nazwa placówki medycznej	Adres placówki medycznej (ulica/miejscowość/numer domu/kod pocztowy)

16. Informacje dotyczące sposobu wypłaty świadczenia:

- przelew bankowy (rekomenowana i najszybsza forma wypłaty świadczenia)

Właściciel rachunku _____

Nr rachunku _____

- przekaz pocztowy (prosimy o podanie adresu do przekazu jeśli jest inny niż korespondencyjny Ubezpieczonego/Uprawnionego): _____

18. Oświadczenia:

Oświadczenie
Potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Klauzula informacyjna
Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. (TUIR/KI/NT/Z/001/2.0)
Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUIR/KI/NT/Z/020/1.0)
Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:
– obsługi zgłoszonej szkody, roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia (TUIR/KI/NT/Z/010/2.0)
– analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUIR/KI/NT/Z/011/2.0)
– wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUIR/KI/NT/Z/022/1.0)
– przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUIR/KI/NT/Z/023/1.0)
– dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUIR/KI/NT/Z/024/1.0)
– reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUIR/KI/NT/Z/025/1.0)
Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), które nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUIR/KI/NT/Z/018/2.0)
Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji AWP Health & Life SA, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France; Allianz SE, Königstrasse 28, D-80802 München, Germany; General Reinsurance AG, Vienna Branch, Wächtergasse 1, 1010 Vienna Austria; AWP P&C S.A Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Polska; Partner Reinsurance Europe SE Zurich Branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zurich, Switzerland; Sogécap, Tour D2, 17 bis place des Reflets, 92919 Paris La Défense Cedex, France. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuje daną umowę ubezpieczenia. (TUIR/KI/NT/Z/030/1.0)
Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechnie Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, warsztatowi naprawczym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrum telefonicznym, podmiotem świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUIR/KI/NT/Z/040/1.0)
– dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUIR/KI/NT/Z/035/1.0)
– wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUIR/KI/NT/Z/015/2.0)
– wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUIR/KI/NT/Z/017/2.0)
– wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem (TUIR/KI/NT/Z/036/1.0)
– przeniesienia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych (TUIR/KI/NT/Z/037/1.0)
W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUIR/KI/NT/Z/038/1.0)

Wyrażam dobrowolną zgodę na przesłanie mi dokumentów i informacji związanych z obsługą zgłoszonej szkody lub roszczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym telefonu i poczty elektronicznej. (TUIR/ZD/NT/Z/008/1.0)

19. Klauzula zgody na dane wrażliwe

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia (mojego dziecka/dzieci, o ile ma to zastosowanie) przez Administratora, dla celów podanych w treści klauzuli informacyjnej, za wyjątkiem celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. (TU/R/ZD/NT/Z/010/1.0)

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Współmałżonka/Dziecka *

*Przedstawiciela ustawowego, jeśli dziecko jest niepełnoletnie

Upoważnienie Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka

Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pełnej informacji o moim stanie zdrowia lub mojego Ubezpieczonego dziecka, w tym również po mojej lub jego śmierci (w tym do udostępniania dokumentacji medycznej), a TU/R Allianz Polska S.A. do zasięgania, na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej informacji medycznych (w tym pozyskiwania dokumentacji medycznej) dotyczących fizycznego i psychicznego stanu zdrowia mojego lub mojego Ubezpieczonego dziecka u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am, bądź będę zasięgał/a porad lub przez którego byłem/am lub będę badany/a lub leczony/a lub też przez którego było bądź będzie badane/lezione moje Ubezpieczone dziecko (powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych tj. przychodni, szpitali itp.) – w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TU/R Allianz Polska S.A. od innego ubezpieczyciela, w tym TU Allianz Życie Polska S.A., informacji o szkodach dotyczących mojej osoby lub mojego Ubezpieczonego dziecka oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Uprawnionego*

Seria i nr dowodu osobistego

*Uprawniony: Ubezpieczony, przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego małoletniego dziecka, Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego, spadkobierca lub pełnomocnik w/w osób

Oświadczenie Ubezpieczającego**

Niniejszym potwierdzam, że osoba wskazana jako ubezpieczony była w dniu zdarzenia objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach powyższej polisy.

✓

Data i podpis Ubezpieczającego

ANSM

**nie dotyczy Ubezpieczonych, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia za pośrednictwem linku internetowego i opłacili składkę online.