

**Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia
następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW szkolne**

1. Numer polisy

805 - 25 - 606 - 00 143417



2. Dane Ubezpieczającego

Imię i nazwisko/Nazwa placówki

Nazwa placówki cd.

3. Dane ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Adres korespondencyjny

Telefon

E-mail

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

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

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Adres korespondencyjny

Telefon

E-mail

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

Kraj

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

5. Zdarzenie ubezpieczeniowe

☐ uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku☐ świadczenia assistance po wypadku☐ ochrona ubezpieczonego dziecka w sieci☐ wstrząśnienie mózgu w wyniku wypadku☐ świadczenie assistance – pomoc w chorobie☐ ukąszenie kleszcza☐ pogryzienie dziecka przez psa lub inne zwierzęta☐ nagle zachorowanie skutkujące hospitalizacją☐ śmierć rodzica ubezpieczonego dziecka☐ koszty leczenia i rehabilitacji powstałe w wyniku wypadku*☐ śmierć dziecka☐ pobyt w szpitalu w wyniku wypadku

od

do

☐ pobyt opiekuna w szpitalu/hotelu

od

do

** prosimy odolęczenie 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 (dd-mm-rrrr)

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 jakiemu)

☐ 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 lezoną 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 (rekomendowana 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.
Przetwarzanie danych osobowych
Informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. Pani/Pana dane będziemy przetwarzać w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia wykonania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych i uzyskania ich kopii, prawo żądania sprostowania danych, ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo przenoszenia danych osobowych do innego Administratora oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Może Pani/Pan również wycofać udzielone zgody i złożyć skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szczegółowy opis przetwarzania danych osobowych zamieszczony jest w o.w.u. oraz w polityce prywatności na stronie internetowej http://www.allianz.pl
☐ 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.

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.
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 TUiR Allianz Polska S.A. do zasięgnięcia, 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 TUiR 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 Miejscowość Data 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.

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

Data i podpis Ubezpieczającego

strona 2/2

Podpis
Pieczęć
PAM