

Zgłoszenie roszczenia z grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla placówek oświatowych Ubezpieczenie z Klasą (wariant I)

Polisa nr 359 11 662 00035662 Szkoda nr _____
(wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa) (wypełnia Allianz)

Dane Ubezpieczonego

Imię (imiona) _____
 Nazwisko _____
 PESEL _____
 Data urodzenia (d-m-r) _____
 Miejsce zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu) _____
 Kod pocztowy _____ – Miejscowość _____
 Stan cywilny _____ Telefon kontaktowy _____
 e-mail _____
 Nazwisko i imię opiekuna prawnego (jeśli wypadkowi uległ nieletni) _____

Oświadczenie Ubezpieczającego

Niniejszym potwierdzam, że osoba wymieniona powyżej była w dniu zdarzenia objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach powyższej polisy w grupie ryzyka:

grupa ryzyka D (dzieci, młodzież) grupa ryzyka A (osoby dorosłe)

Pieczęć placówki oświatowej Data, podpis i pieczęćka imienna przedstawiciela placówki oświatowej

Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (jeśli wypadek powstał w trakcie uprawiania sportu proszę podać dyscyplinę sportową)

Data wypadku _____
 Miejsce wypadku _____
 Opis _____

Kto Ubezpieczonemu udzielił pierwszej pomocy? _____

Gdzie Ubezpieczony leczony był lub leczony po wypadku? _____

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? tak nie

Wcześniejsze wypadki

Czy Ubezpieczony ulegał wcześniej wypadkom? tak nie

Jeśli tak, to czy w związku z wypadkiem orzeczony był przez Allianz trwały uszczerbek na zdrowiu (czego dotyczył i w jakiej wysokości)?

Osoba uprawniona do odbioru świadczenia (imię i nazwisko)

Forma wypłaty świadczenia Przelew Nazwa Banku _____

Nr konta _____

Właściciel konta _____

Przekaz Na adres: _____

Oświadczam, że powyższe informacje są kompletne i zgodne z prawdą według mojej najlepszej wiedzy. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TUIR Allianz Polska S.A. ma prawo do odmowy wypłaty świadczenia w całości lub w części na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego

Załączam następujące dokumenty: 1) _____

2) _____

3) _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym o stanie zdrowia oraz nałogach przez TUIR Allianz Polska S.A. dla celów związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, a TUIR Allianz Polska S.A. do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am lub przez którego byłem/am badany/a lub leczony/a.

TUIR 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/Uposażony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

Miejscowość, data Podpis przedstawiciela Allianz podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego /opiekuna prawnego Ubezpieczonego

Wykaz placówek Allianz prowadzących likwidację szkód dostępny na stronie www.allianz.pl