

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

Polisa nr 359-11-662-0035665

(wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa)

Szkoda nr _____

(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 leczył się bądź leczy 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 nalogach 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 UbezpieczonegoWykaz placówek Allianz prowadzących likwidację szkód dostępny na stronie www.allianz.pl