

# Zgłoszenie roszczenia z grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla placówek oświatowych

## Ubezpieczenie z Klasą (wariant I)

Polisa nr \_\_\_\_\_ (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 pieczęć 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 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

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 Ubezpieczonego

Wykaz placówek Allianz prowadzących likwidację szkód dostępny na stronie [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl)

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz 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).