

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW

1. Numer polisy _____ - _____ - _____ - _____

2. Dane Ubezpieczającego

Imię _____

Nazwisko _____

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 lub Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego 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. Przedmiot szkody

- uszczerbek na zdrowiu świadczenia assistance po wypadku
- wstrząśnienie mózgu pobyt w szpitalu od _____ do _____
- pogryzienie dziecka przez psa pobyt opiekuna w szpitalu od _____ do _____
- poważne zachorowanie organizacja i pokrycie kosztów korepetycji lub opiekuna dla dziecka
- pomoc w chorobie czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego od _____ do _____
- ukąszenie przez kleszcza operacja ortopedyczna lub plastyczna
- śmierć Ubezpieczonego/rodzica ubezpieczonego/dziecka inne (prosimy wymienić jakie) _____

6. Przyczyna zdarzenia

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



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

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. (TUJR/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 TUJR 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/leczone 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 TUJR 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 lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego małoletniego dziecka lub Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub pełnomocnik w/w osób

