

Zgłoszenie roszczenia z grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla placówek oświatowych

Ubezpieczenie z Klasą (wariant I)

391-17-662-00073083

kontakt
Janusz Doktor
ul. Serbinowska 1A
62-800 Kalisz
tel. 604089259

Polisa nr _____
(wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa)

Szkoda nr _____
(wypełnia Allianz)

1. 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) _____

2. 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 _____

3. 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

4. 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)? _____

5. Osoba uprawniona do odbioru świadczenia (imię i nazwisko) _____

6. Forma wypłaty świadczenia Przelew Nazwa Banku _____

Nr konta _____

Właściciel konta _____

Przekaz Na adres: _____

Załączam następujące dokumenty: 1) _____

2) _____

3) _____

Oświadczenie

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Klauzula informacyjna

Informujemy, że dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

Oświadczenie osoby występującej z roszczeniem

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.

Nie wyrażam zgody

Klauzula zgody na dane wrażliwe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUiR Allianz Polska S.A. (ubezpieczyciel) moich danych osobowych lub moich dzieci, w tym danych wrażliwych w rozumieniu art. 27 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (zawierających m.in. dane o stanie zdrowia), przekazanych przez mnie dobrowolnie drogą elektroniczną w związku ze zgłoszonym roszczeniem z umowy ubezpieczenia lub pozyskanych przez ubezpieczyciela na podstawie obowiązujących przepisów prawa w celu realizacji mojego roszczenia.

Miejscowość _____ Data _____

Podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego/opiekuna
prawnego Ubezpieczonego

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

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska 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: 377 241 000 złotych (wpłacony w całości).