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
- ☐ wstrząśnienie mózgu
- ☐ pogryzienie dziecka przez psa
- ☐ poważne zachorowanie
- ☐ pomoc w chorobie
- ☐ ukąszenie przez kleszcza
- ☐ śmierć Ubezpieczonego/ rodzica ubezpieczonego dziecka
- ☐ świadczenia assistance po wypadku
- ☐ pobyt w szpitalu od ___ do ___
- ☐ pobyt opiekuna w szpitalu od ___ do ___
- ☐ organizacja i pokrycie kosztów korepetycji lub opiekuna dla dziecka
- ☐ czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego od ___ do ___
- ☐ operacja ortopedyczna lub plastyczna
- ☐ 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

tel. 224 224 224

e-mail: pmu.szkody@mondial-assistance.pl

NNWZGU-F04 08/18

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).

12. Czy w sprawie zgłoszonego zdarzenia było lub jest prowadzone postępowanie wyjaśniające przez:

Policję: ☐ nie ☐ tak, dane adresowe ______ numer sprawy ______

Prokuraturę ☐ nie ☐ tak, dane adresowe ______ sygnatura akt ______

Sąd: ☐ nie ☐ tak, dane adresowe ______ sygnatura akt ______

INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY (prosimy uzupełnić jeśli zdarzenie było spowodowane chorobą)

13. Data rozpoznania stanu chorobowego, będącego przyczyną zgłaszanego zdarzenia |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

14. Czy zgłaszane zdarzenie związane jest z chorobą diagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną przed zawarciem umowy ubezpieczenia z TUiR Allianz Polska S.A.?

☐ tak

☐ nie

15. Prosimy o wskazanie danych placówek medycznych w których Ubezpieczony był badany lub leczony w związku ze zgłaszaną chorobą

Nazwa placówki medycznej	Adres placówki medycznej (ulica/miejscowość/numer domu/kod pocztowy)

16. Informacje dotyczace sposobu wypłaty świadczenia:

☐ przelew bankowy (rekomendowana i najszybsza forma wypłaty świadczenia)

Właściciel rachunku ______

Nr rachunku |__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__|

☐ przekaz pocztowy *(prosimy o podanie adresu do przekazu jeśli jest inny niż korespondencyjny Ubezpieczonego/Uprawnionego)*:

______

______

18. Oświadczenia:

Oświadczenie

Potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Klauzula informacyjna

Informujemy, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. (Administratora), z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych. (TUiR/KI/NT/Z/001/2.0)

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres e-mail: IOD@allianz.pl, lub poprzez formularz kontaktowy dostępny na stronie Internetowej www.allianz.pl, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych. (TUiR/KI/NT/Z/020/1.0)

Podanie przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

– obsługi zgłoszonej szkody, roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia (TUiR/KI/NT/Z/010/2.0)
– analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUiR/KI/NT/Z/011/2.0)
– wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUiR/KI/NT/Z/022/1.0)
– przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Administratora (TUiR/KI/NT/Z/023/1.0)
– dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUiR/KI/NT/Z/024/1.0)
– reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUiR/KI/NT/Z/025/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), które nie zostały uznane przez Komisje Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Przekazanie danych osobowych ww. podmiotom odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, przez co podlegają odpowiednim zabezpieczeniom w zakresie ochrony prywatności oraz praw i wolności osoby, których dotyczą. Kopia standardowych klauzul umownych może być uzyskana od Administratora. (TUiR/KI/NT/Z/018/2.0) Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym zakładom reasekuracji AWP Health & Life SA, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France; Allianz SE, Königinstrasse 28, D-80802 München, Germany; General Reinsurance AG, Vienna Branch, Wächtergasse 1, 1010 Vienna Austria; AWP P&C S.A Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Polska; Partner Reinsurance Europe SE Zurich Branch, Bellerivestrasse 36, 8034 Zurich, Switzerland; Sogécap, Tour D2, 17 bis place des Reflets, 92919 Paris La Défense Cedex, France. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUiR/KI/NT/Z/030/1.0)

Podane przez Panią/Pana dane osobowe, o ile jest to zasadne, mogą zostać udostępnione m.in. innym zakładom ubezpieczeń, podmiotom świadczącym usługi prawne, placówkom medycznym, podmiotom z grupy Allianz. Podmioty z grupy Allianz oznacza Allianz SE z siedzibą w Monachium oraz grupę podmiotów kontrolowanych bezpośrednio lub pośrednio przez Allianz SE z siedzibą w Monachium, tj. m.in. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa. Ponadto, Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, warsztatom naprawczym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. (TUiR/KI/NT/Z/040/1.0)

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

– dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUiR/KI/NT/Z/035/1.0)
– wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania (TUiR/KI/NT/Z/015/2.0)
– wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUiR/KI/NT/Z/017/2.0)
– wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofanie (TUiR/KI/NT/Z/036/1.0)
– przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe może Pani/Pan przesłać innemu administratorowi danych (TUiR/KI/NT/Z/037/1.0)

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych, do których dane kontaktowe wskazane zostały wyżej. (TUiR/KI/NT/Z/038/1.0)

☐ Wyrażam dobrowolną zgodę na przesłanie mi dokumentów i informacji związanych z obsługą zgłoszonej szkody lub roszczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym telefonu i poczty elektronicznej. (TUiR/ZD/NT/Z/008/1.0)

e-mail: pmu.szkody@mondial-assistance.pl tel. 224 224 224

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. (TUiR/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 TUiR 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 TUiR 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

tel. 224 224 224

e-mail: pmu.szkody@mondial-assistance.pl