

Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW szkolne



1. Numer polisy

805-23-606-000111114

2. Dane Ubezpieczającego

Imię i nazwisko/Nazwa placówki

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH

ZANISY

Nazwa placówki cd.

IM. KSIEBIA MIEJSKA I W POZNANIU

3. Dane ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Adres korespondencyjny

Telefon

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, Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego, spadkobierca lub pełnomocnik w/w osób)

Imię

Nazwisko

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Adres korespondencyjny

Telefon

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. Zdarzenie ubezpieczeniowe

 uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku świadczenia assistance po wypadku ochrona ubezpieczonego dziecka w sieci wstrząśnienie mózgu w wyniku wypadku świadczenie assistance – pomoc w chorobie ukąszenie kleszcza pogryzienie dziecka przez psa lub inne zwierzęta nagłe zachorowanie skutkujące hospitalizacją śmierć rodzica ubezpieczonego dziecka koszty leczenia i rehabilitacji powstałe w wyniku wypadku* śmierć dziecka pobyt w szpitalu w wyniku wypadku

od

do

do

 pobyt opiekuna w szpitalu/hotelu

od

do

do

* prosimy odolaczenie dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia

6. Przyczyna zdarzenia

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPADKU (prosimy uzupełnić jeśli zdarzenie było spowodowane wypadkiem)

7. Data wypadku (dd-mm-rrrr)

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) |
|--------------------------|--|
| | |

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 Miejscowość Data Uprawnionego*

Seria i nr dowodu osobistego

*Uprawniony: Ubezpieczony, przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego małoletniego dziecka, Uposażony w przypadku śmierci Ubezpieczonego, spadkobierca lub pełnomocnik w/w osób

Oświadczenie Ubezpieczającego**

Niniejszym potwierdzam, że osoba wskazana jako ubezpieczony była w dniu zdarzenia objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach powyższej polisy.

ANSM

✓
Data i podpis Ubezpieczającego

**nie dotyczy Ubezpieczonych, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia za pośrednictwem linku internetowego i opłacili składkę online.