

Zgłoszenie roszczenia o świadczenie

1. Numer polisy

2. Ubezpieczony

Imię (imiona) Nazwisko PESEL Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

3. Zdarzenie dotyczy

 Zgon wskutek nieszczęśliwego wypadku Czasowa niezdolność do pracy Złamania/ oparzenia wskutek nieszczęśliwego wypadku Leczenie szpitalne NNW od (dd-mm-rrrr) do (dd-mm-rrrr) Utrata pracy**Wypełnij** jeżeli zdarzenie miało związek z wypadkiem4. Data zdarzenia (dd-mm-rrrr)

5. Opis zdarzenia – przyczyna i przebieg wypadku

6. Oświadczam, że w chwili wypadku: nie byłem pod wpływem alkoholu. byłem pod wpływem alkoholu.
 nie byłem pod wpływem środków odurzających. byłem pod wpływem środków odurzających.

7. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

Policję/Prokuraturę? tak nieNazwa Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość Kod pocztowy – Poczta Kraj Sygnatura sprawy 8. Gdzie udzielono pierwszej pomocy po wypadku? Pogotowie ratunkowe Przychodnia Szpital Inny PodmiotNazwa Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość Kod pocztowy – Poczta Kraj 9. Czy zakończono już leczenie? tak nie nie wiem

10. Adres lekarza pod opieką którego Ubezpieczony pozostaje:

11. Prosimy o podanie nazwy i adresu przychodni rejonowej lub lekarza rodzinnego, z porad którego korzystał Ubezpieczony:

12. Prosimy o uzupełnienie informacji dot. czasowej niezdolności do pracy:

Forma zatrudnienia na dzień zdarzenia:

 Własna działalność gospodarcza Umowa- zlecenie Umowa o pracę Inna (jaka?) 13. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony posiadał uprawnienia do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy? tak nie

14. Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia

Imię i nazwisko _____

PESEL lub data urodzenia _____ Kraj urodzenia _____
Obywatelstwo/-a _____

Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby _____

Data ważności dokumentu (dd-mm-rrrr) _____

Wyrażam zgodę Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. na udostępnianie innym zakładom ubezpieczeń na ich żądanie moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.

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.

Wyrażenie tej zgody, oraz podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest dobrowolne, jednak może przyspieszyć proces rozpatrywania szkody

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ – _____ Poczta _____ Kraj _____

Telefon _____ E-mail _____

Przyjmuję do wiadomości, że numer telefonu, e-mail i adres zamieszkania, które podaję, zostaną przypisane do wszystkich moich polis w TUIR Allianz Polska S.A. i będą wykorzystane do ich dalszej obsługi.

Jeśli nie chcesz, byśmy używali tych danych do dalszej obsługi twoich polis, zaznacz tu:

Forma wypłaty świadczenia

Przelew Właściciel konta _____

Nr konta _____

Przekaz _____

Jestem świadom odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń

Oświadczenia dot. rezydencji podatkowej

Czy klient jest podatnikiem USA? Czy klient jest podatnikiem polskim? Posiadam inną rezydencję podatkową (poza Polska i USA)

tak nie

tak nie

tak nie

W przypadku posiadania rezydencji podatkowej innej niż Polska, prosimy o uzupełnienie poniższej tabeli.

Kraj rezydencji podatkowej (dwuliterowy kod kraju) (należy wypełnić w przypadku posiadania innej rezydencji niż Polska)	Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN)	Kraj rezydencji nie nadaje TIN	Nie jestem w stanie uzyskać numeru NIP/TIN lub jego funkcjonalnego ekwiwalentu z innych przyczyn (proszę podać powód)
____	_____	<input type="checkbox"/>	
____	_____	<input type="checkbox"/>	
____	_____	<input type="checkbox"/>	

Na podstawie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami każdy klient TUIR Allianz Polska S.A. zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika Stanów Zjednoczonych Ameryki.

W przypadku osób fizycznych, które wskażą, iż są podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub wskażą rezydencję podatkową inną niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dla osoby fizycznej. W przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, które wskażą iż są podatnikiem Stanów Zjednoczonych Ameryki lub podatnikiem innych państw niż Polska należy wypełnić dodatkowy druk – Oświadczenie dot. statusu klienta w związku z ustawą The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) oraz Common Reporting Standard (CRS). Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:

- 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa)
- 2) uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta)
- 3) dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA
- 4) przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu
3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu
6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu

Zobowiązuję się poinformować raportującą TUIR Allianz Polska S.A. o jakiegokolwiek zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową lub powoduje, że informacje zawarte w złożonym oświadczeniu stają się niepoprawne, w terminie 14 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności oraz złożyć raportującą instytucji finansowej odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od tego dnia.

15. Oświadczenia

Przyjmuję do wiadomości, że informacje znajdujące się w niniejszym formularzu oraz informacje dotyczące posiadacza rachunku i wszystkich rachunków raportowanych mogą zostać przekazane do właściwych organów podatkowych państwa, w którym rachunki są prowadzone oraz wymieniane z organami podatkowymi innego państwa lub państw, gdzie posiadacz rachunku może być rezydentem podatkowym na mocy międzyrządowych porozumień w zakresie wymiany informacji o rachunkach finansowych.

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TUIR Allianz Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

16. 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. Inflanckiej 4B, 00-189 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/001/3)
Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres email: 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/020/3)
Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym siedziby Administratora, elektronicznie poprzez adres email: 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/020/4).
Podane przez Panią/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:
– obsługi zgłoszonej szkody, roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbytność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia (TUIR/KI/NT/Z/010/5).
– analitycznym oraz statystycznym, w tym profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbytność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dokonywania analiz i statystyk (TUIR/KI/NT/Z/011/5).
– wypełniania przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym przepisów o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbytność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (TUIR/KI/NT/Z/022/4)
– przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbytność 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/023/4)
– dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbytność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń (TUIR/KI/NT/Z/024/4)
– reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbytność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora, gdzie uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego (TUIR/KI/NT/Z/025/4).
Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) umiejscowionym w Indiach, które to państwo nie zostało uznane przez Komisję 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/018/4).
Podstawą prawną przetwarzania podanych przez Panią/Pana danych szczególnych kategorii, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia, we wskazanych celach ich przetwarzania, jest wyrażona przez Panią/Pana wyraźna zgoda. (TUIR/KI/NT/Z/029/3).
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. Domaniewska 50B, 02-672 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/030/3). 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. Domaniewska 50B, 02-672 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, AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz), Richtiplatz 1. CH-8304 Wallisellen, Switzerland. Dane zostaną udostępnione wyłącznie temu z zakładów reasekuracji, który reasekuruje daną umowę ubezpieczenia. (TUIR/KI/NT/Z/030/4).
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. Inflancka 4B, 00-189 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, centrum 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/040/3).
Przysługuje Pani/Panu prawo do:
– dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania (TUIR/KI/NT/Z/035/3).
– 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/015/4).
– wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (TUIR/KI/NT/Z/017/4).
– 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 wycofaniem (TUIR/KI/NT/Z/036/3).
– 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/037/3).
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/038/3)

17. Postanowienia końcowe

TUIR Allianz Polska S.A. informuje, że dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu są objęte tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

Data _____ Seria i nr dowodu osobistego klienta lub uprawnionego _____ Imię i nazwisko klienta lub uprawnionego wypełniającego druk _____

Uwaga!!!

Jeśli wniosek jest wypełniany bez udziału Przedstawiciela Allianz należy dołączyć również kopię dowodu osobistego (dwie strony z zakrytym zdjęciem) klienta lub uprawnionego wypełniającego druk.

Identyfikacja Zgłaszającego (Wypełnia Przedstawiciel Allianz)

Potwierdzam, że powyższe podpisy zostały złożone osobiście przez osobę zgłaszającą roszczenie w mojej obecności po potwierdzeniu jego tożsamości na podstawie wskazanych dokumentów. Zweryfikowałam/am tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie.

Typ dokumentu tożsamości _____ Nr dok. tożsamości _____

Data _____ Miejscowość _____ Numer, podpis i pieczęć Przedstawiciela Allianz _____