



10. Poszkodowany (prosimy o wypełnienie jeśli Poszkodowanym jest inna osoba niż Zgłaszający szkodę)

Imię i nazwisko/nazwa	_____		
PESEL/NIP	_____		
Adres zameldowania/siedziba	_____		
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten inny niż adres zameldowania)	_____		
Kontakt (prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)	_____		
Rola zgłaszającego w zdarzeniu (możliwość wielokrotnego wyboru):			
<input type="checkbox"/> ubezpieczony	<input type="checkbox"/> użytkownik	<input type="checkbox"/> cesjonariusz	<input type="checkbox"/> osoba trzecia
<input type="checkbox"/> członek rodziny	<input type="checkbox"/> pracownik ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> inny	

11. Sprawca szkody

Imię, nazwisko	_____
PESEL (o ile jest znany)	_____
Adres zamieszkania	_____
Kontakt (prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)	_____

12. Świadkowie zdarzenia

Uprzejmie prosimy o podanie informacji o świadkach zdarzenia: imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu (o ile numer ten jest znany)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

A. Policję:  tak  nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki policji oraz sposób zakończenia interwencji)

\_\_\_\_\_

B. Pogotowie ratunkowe:  tak  nie  
(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia oraz sposób zakończenia interwencji)

\_\_\_\_\_

C. Straż pożarną:  tak  nie  
(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki straży oraz sposób zakończenia interwencji)

\_\_\_\_\_

D. Inne instytucje/osoby:  tak  nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



21. Jaka dokumentacja była podstawą sporządzenia rachunku strat:

---

---

22. Proszę o rozliczenie szkody na podstawie wyceny dokonanej przez T.U. Allianz Polska S.A.  tak  nie

23. Wartość roszczenia w związku z powstaniem szkody: \_\_\_\_\_

27. Dyspozycja płatnicza

Oszkodowanie proszę przekazać na konto numer \_\_\_\_\_

w banku: \_\_\_\_\_

Właściciel konta: \_\_\_\_\_

Jednocześnie zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia jednostki likwidującej szkodę o zmianie ww. numeru konta.

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

28. Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis osoby poszkodowanej

29. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TU Allianz Polska S.A. od innego ubezpieczyciela informacji o szkodach dotyczących mojej osoby oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia  
 tak  nie

30. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, a TU Allianz Polska S.A. do zasięgania informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem/łam porady lub przez którego byłem/am badany/na lub leczony/na.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis osoby poszkodowanej

31. TU Allianz Polska S.A. informuje, że:

- a) Informacje na temat postępowania likwidacyjnego, dotyczącego przedmiotowej szkody może Pan/Pani uzyskać pod numerem infolinii: 0 801 10 20 30 posługując się wyłącznie numerem szkody nadanym przez TU Allianz Polska S.A. Biorąc pod uwagę charakter tych informacji, sugerujemy, aby numeru szkody nie udostępniali Państwo osobom niepowołanym.
- b) Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu:
  - zbierane są na zasadzie dobrowolności
  - służyć będą rozpatrywaniu roszczenia i podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia
  - nie będą nikomu udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.