



## Ubezpieczenie szkolne NNW Twoje Dziecko Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków

Numer szkody: \_\_\_\_\_

Numer polisy:

Proszę uzupełnić i podpisać formularz, a następnie odesłać go do nas e-mailem na adres: szkody\_osobowe@allianz.pl lub pocztą tradycyjną na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.

### Kto został poszkodowany

Imię i nazwisko poszkodowanego: \_\_\_\_\_

PESEL:

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Tel. oraz e-mail poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego:

\_\_\_\_\_

### Kiedy i gdzie doszło do zdarzenia?

Data zdarzenia: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_

Miejsce zdarzenia: \_\_\_\_\_

### Co się wydarzyło?

Proszę opisać przyczyny i przebieg zdarzenia, które doprowadziły do nieszczęśliwego wypadku np. jakie i czyje działanie lub zaniechanie spowodowało wypadek, jakie były warunki pogodowe, itp.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Dodatkowe informacje o zdarzeniu

Jeśli w sprawie zdarzenia trwało dochodzenie, prosimy o podanie nazwy i adresu policji, prokuratury lub sądu oraz sygnatury akt.

\_\_\_\_\_

### Skutki zdarzenia

Obrażenia ciała:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kto lub jaka placówka medyczna udzieliła poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej:

\_\_\_\_\_

