Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla uczniów i przedszkolaków

AVIVA

Numer szkody: _____

Proszę uzupełnić i podpisać oświadczenie, a następnie odesłać je do nas e-mailem na adres: szkody_osobowe@aviva.pl lub pocztą tradycyjną na adres: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA, Dział Likwidacji Szkód Majątkowych i Osobowych, ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa

Kto został poszkodowany?

Imię i nazwisko poszkodowanego _____

Numer polisy: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania: _____

Tel. / E-mail do 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, czy poszkodowany przyczynił się do powstania szkody, 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

_____

Odszkodowanie

Numer rachunku bankowego, na który Aviva ma wpłacić odszkodowanie:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Imię i nazwisko lub nazwa właściciela rachunku: _____

_____

Wymagane dokumenty

- dokumentacja medyczna (np. karta informacyjna z udzielenia pierwszej pomocy, z leczenia szpitalnego, historia choroby z leczenia ambulatoryjnego)
- pisma z policji, prokuratury lub sądu
- kopia legitymacji szkolnej poszkodowanego

Oświadczenia

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. Udzieliłem/am zgodnie z prawdą, wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody.
2. W związku ze szkodą zaistniałą w dniu _____, w wyniku której toczy się postępowanie o wypłatę świadczenia/odszkodowania, wyrażam zgodę na zasięganie przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA w zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy informacji dotyczących stanu zdrowia poszkodowanego oraz weryfikacji podanych przeze mnie danych, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, jak również do udzielania w takim zakresie informacji na temat poszkodowanego innym zakładom ubezpieczeń. Powyższe oświadczenie składam w związku z dyspozycją art. 38 ust. 6 i 8 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności i ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 poz. 1844), art. 26 ust.3 pkt.7 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta z 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2012 poz. 159 ze zm.) art. 27 ust 2 pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.).
3. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych poszkodowanego oraz moich przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4b, 00-189 Warszawa oraz na przekazywanie ich podmiotom współpracującym z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń Ogólnych SA, w celu i zakresie niezbędnym do likwidacji zgłoszonej szkody. Jednocześnie informujemy o prawie wglądu do swoich danych i ich poprawiania. Podawanie powyższych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu ubiegania się o świadczenie z umowy ubezpieczenia.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę w formie e-maili. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

Data: _____ Czytelny podpis opiekuna prawnego poszkodowanego: _____