

Zgłoszenie szkody Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków



INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69
CENTRUM ALARMOWE dla szkód za granicą: tel. +48 22 522 86 30

Nr szkody

Nr Centrum Alarmowego

Zgłaszający szkodę

Imię _____ Nazwisko _____
Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____
Miejscowość _____ Nr PESEL _____
Data i miejsce urodzenia _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Ubezpieczony/ Poszkodowany

Imię i nazwisko _____
Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____
Miejscowość _____ Nr PESEL _____
Data i miejsce urodzenia _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Uprawniony (w przypadku śmierci Ubezpieczo- nego)

Imię i nazwisko	Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość)	Telefon / Adres e-mail	Charakter uprawnionego
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony

Polisa

Seria i numer polisy _____

Dane dotyczące zdarzenia

Data wypadku / zachorowania _____ Godzina wypadku _____ : _____
Dzień Miesiąc Rok

Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica)

Opis okoliczności zdarzenia

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego? Nie Tak

Data zgonu _____
Dzień Miesiąc Rok

Doznane obrażenia / nazwa zachorowania (diagnoza lekarska)

Kto i kiedy udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

Nazwy i adresy placówek medycznych w których Ubezpieczony leczył się w związku ze zgłaszanym obecnie wypadkiem / zachorowaniem.

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed wypadkiem / zachorowaniem, którego dotyczy zgłoszenie.

Czy na miejscu zdarzenia obecna była (proszę o wpisanie adresu jednostki obecnej na miejscu zdarzenia)?

Policja _____
Adres _____

Straż miejska _____
Adres _____

Straż pożarna _____
Adres _____

Pogotowie ratunkowe _____
Adres _____

Inne (jaka instytucja?) _____
Adres _____

Czy zdarzenie związane było z:

wypadkiem komunikacyjnym wykonywaniem pracy zarobkowej wyczynowym uprawianiem sportu

innymi przyczynami _____

Czy Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? Nie Tak

Świadkowie zdarzenia

Imię _____ Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Nr PESEL _____

Nr dowodu tożsamości _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Imię _____ Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____ Nr PESEL _____

Nr dowodu tożsamości _____ Telefon _____ Adres e-mail _____

Koszty leczenia

- W kwocie _____ zostały opłacone osobiście przez Ubezpieczonego
- W kwocie _____ zostały opłacone przez Centrum Alarmowe
- W kwocie _____ zostały opłacone przez znajomego lub członka rodziny
- W kwocie _____ pozostają do zapłaty na rzecz wystawcy rachunku

Oprócz roszczeń dotyczących kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków dodatkowo zgłaszam roszczenia z:

**Zwrot
opłaconych
kosztów /
wypłaty
świadczenia**

W jaki sposób Gothaer TU S.A. ma dokonać zwrotu opłaconych kosztów lub wypłaty świadczenia?

przelewem bankowym na konto

Imię	Nazwisko	
na konto nr		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	

przekazem pocztowym na adres

Imię	Nazwisko	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	

odbiór gotówki w banku

Imię	Nazwisko
Nr PESEL	Nr dowodu tożsamości

Czy w związku z tym zdarzeniem przysługuje Panu(i) świadczenie z tytułu innej umowy ubezpieczenia? (jakiej?)

Załączona dokumentacja lekarska

**Oświadczenie
Ubezpieczonego**

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Administratorem danych osobowych na formularzu zgłoszenia szkody oraz załączonych do zgłoszenia dokumentach jest Gothaer TU S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 22A. Zebrane dane będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002, Nr 101, poz. 926 ze zm.) w celu realizacji procesu likwidacji szkody oraz w celach archiwalnych. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji zgłoszenia.

Oświadczenie zgody na przetwarzanie danych osobowych wrażliwych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia zawartych na formularzu zgłoszenia szkody oraz załączonych do zgłoszenia dokumentach przez Gothaer TU S.A., w celu realizacji procesu likwidacji szkody oraz w celach archiwalnych.

Oświadczenie uchylenia tajemnicy lekarskiej

Zwalniam leczących mnie lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnianie Gothaer TU S.A. informacji i dokumentacji medycznej z mojego leczenia przez placówki medyczne / lekarzy zgodnie z art. 22 ust. 3 z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej.

Dodatkowe i dobrowolne oświadczenie osoby składającej wniosek dotyczące komunikacji drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Gothaer TU S.A. informacji dotyczących niniejszego zgłoszenia szkody, w szczególności dotyczących jego zarejestrowania i konieczności uzupełnienia dokumentów, za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail.

Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Każde niezgodne z prawdą oświadczenie lub inne działania mające na celu wprowadzenie w błąd Gothaer TU S.A. może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

Nr agenta / pośrednika

Data i czytelny podpis Uprawnionego

Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego

Spółka GOTHAER TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.
ul. Wołoska 22A, 02-675 Warszawa; tel.: 22 469 69 69,
fax: 22 469 69 70; e-mail: kontakt@gothaer.pl, www.gothaer.pl

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru
Sądowego, KRS 00000 33882; Kapitał zakładowy: 96 696 066 zł wpłacony w całości;
NIP: 524-030-23-93; REGON: 010594552