

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 22 864 55 22

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 wyczerpującym 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**

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.

Potwierdzam zgodność danych w zgłoszeniu z polisą

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.

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: 76 344 964 zł wpłacony w całości;
NIP: 524-030-23-93; REGON: 010594552