

# 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     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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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