

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

Table with 4 columns: Imię i nazwisko, Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość), Telefon / Adres e-mail, Charakter uprawnionego. Rows include checkboxes for 'Opiekun prawny' and 'Inny uprawniony'.

Polisa
Seria i numer polisy

Dane dotyczące zdarzenia
Data wypadku / zachorowania
Godzina wypadku
Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica)
Opis okoliczności zdarzenia
Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego?
Data zgonu
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