

DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY Następstw nieszczęśliwych wypadków

Dane osobowe ubezpieczonego

Nazwisko: Adres do korespondencji:
Imię (imiona):
Imiona rodziców:
Nr telefonu do pracy:
do domu:
komórkowy: PESEL: data urodzenia:

Ulica Nr
Kod pocztowy Miejscowość
Kraj

Adres e-mail:

Rodzaj wykonywanej pracy: Na czym utrzymaniu pozostaje:

Dane dotyczące dokumentu ubezpieczenia (polisy/certyfikatu)

CZĘŚĆ DOTYCZĄCA WYŁĄCZNIE UBEZPIECZEŃ PODRÓŻNYCH „INTER TOUR”

Data opłacenia składki: Data rozpoczęcia podróży:
Data wystawienia polisy/certyfikatu: Data zakończenia podróży:
Data rezerwacji podróży: Data przekroczenia granicy RP:

miejsce opłacenia składki - Oddział INTER Polska S.A. w
 - Przedstawicielstwo INTER Polska S.A. w
 - Agent Ubezpieczeniowy
 - Biuro podróży

CZĘŚĆ DOTYCZĄCA WSZYSTKICH RODZAJÓW UBEZPIECZEŃ

Ubezpieczający:

Seria i numer polisy/certyfikatu ubezpieczenia: Grupa ubezp. NW:

Szczegóły dotyczące szkody

Data zdarzenia Miejscowość/kraj
Czy ubezpieczony w chwili wypadku był po spożyciu alkoholu, użyciu narkotyków lub innych podobnie działających środków odurzających:
 Tak Nie

Szczegółowy opis wypadku, włącznie z charakterem obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco, w razie potrzeby sporządzić załączniki).....
.....
.....
.....

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się przed wypadkiem:

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się po wypadku:

Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku:

Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja ?

- tak
 - nie, przewidywany termin zakończenia leczenia i rehabilitacji:

Czy powstałe zdarzenie zostało uznane przez ZUS za wypadek:

- nie
 - tak, był to (właściwie zakreślić) : wypadek w pracy / w drodze do pracy / w drodze z pracy

Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było następstwem wypadku komunikacyjnego, należy podać:

1) kto był sprawcą wypadku

2) dokładny adres sprawcy

3) nazwę ubezpieczyciela i nr polisy sprawcy

4) komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

5) czy był/a Pan/i - kierowcą - pasażerem - pieszym

6) numer, kategorię prawa jazdy i przez kogo wydany (w przypadku prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w chwili wypadku) -

7) markę i nr rej pojazdu, w którym się Pan/i znajdował/a

Dane osobowe świadków zdarzenia (imię, nazwisko, adres, telefon kontaktowy):.....

W przypadku śmierci ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenie oraz stopień pokrewieństwa:.....

**Oświadczamy, że poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem młodzieży szkolnej z tytułu NW na podstawie polisy nr:
 figuruje pod poz. wykazu imiennego nr: na sumę ubezpieczenia: zł, w razie śmierci: zł,
 w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu: zł. Składka w wysokości zł opłacona w dn.**

Oświadczenie i podpis osoby występującej z roszczeniem

<p>1) Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia (roszczeń) wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym</p> <p>2) Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominąłem (pamiętam) żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez ubezpieczyciela.</p> <p>3) Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwam(ego)(ych) w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważnion(y)(a) do działania w ich imieniu; stwierdzam również, że osoby te zostały poinformowane, że TU INTER Polska S.A. nie będzie ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeżeli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom.</p> <p>4) Udzielam niniejszym mojej zgody lekarzowi bądź władzom/instytucjom na udostępnienie TU INTER Polska S.A. informacji w zakresie historii choroby dotyczącej mojej osoby.</p> <p>5) W przypadku, gdy roszczenie wiąże się z ewentualnym zwrotem wypłaconych świadczeń z ZUS, bądź z jakiegokolwiek towarzystwa ubezpieczeniowego lub</p>	<p>innej zainteresowanej strony, upoważniam je do przekazania każdego takiego zwrotu do TU INTER Polska S.A.</p> <p>6) Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.</p> <p>7) Przyjmując do wiadomości treść niniejszego formularza zgłoszenia, jestem świadomy, że TU INTER Polska S.A. zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje</p> <p>8) Jestem świadom(y)(a) odpowiedzialności kamej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces likwidacji szkody. Jestem świadom(y)(a), że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych dla sprawy, TU INTER Polska S.A. może zmniejszyć świadczenie lub odmówić jego wypłaty.</p>
---	---

Przyznane świadczenie proszę przekazać:

- przekazem pocztowym na adres:
- na złotówkowe konto bankowe (prosimy podać pełną nazwę banku, Oddział, pełny numer rachunku i właściciela rachunku):

Zapoznał(em)(am) się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem:

.....

data oraz imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem
podpis osoby występującej z roszczeniem
data i podpis ubezpieczającego (Głównego Księgowego) (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń grupowych)

Załączniki (do zgłoszenia szkody należy dołączyć):

- kserokopię oryginału polisy
 - kopię dokumentu potwierdzającego wyjazd i powrót do RP (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń podróży INTER Tour)
 - dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę medyczną, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, wyniki badań itp.
 - dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań
- Dodatkowo - w zależności od rodzaju szkody - prosimy dołączyć:
- protokół policji z miejsca zdarzenia
 - zeznania świadków
 - odpis aktu zgonu
 - inne dokumenty potwierdzające zasadność zgłaszanego roszczenia

WSTĘPNE ORZECZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)

- Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia (dzień, miesiąc, rok, godzina):
- Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem:
- Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się po wypadku:
- Przewidywany okres leczenia i rehabilitacji:
- Kiedy należy skierować ubezpieczonego na końcowe badanie lekarskie?

.....

miejscowość i data
pieczęć i podpis lekarza