

Dokładny opis zdarzenia i ewentualnie opis obrażeń

.....

Świadkowie

.....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktowa(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym? TAK NIE

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był trzeźwy? TAK NIE

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających? TAK NIE

Czy poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym?

TAK

NIE

(nazwa Kasy Chorych)

Czy poszkodowany posiada inne ubezpieczenie?

TAK

NIE

(nazwa firmy ubezpieczeniowej)

Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku? TAK NIE

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczył się po wypadku

.....

Czy przed wypadkiem u poszkodowanego występowały choroby samoistne, jakie?

TAK

NIE

Informacje ogólne:

Czy o zdarzeniu poinformowano:

• Policję

TAK NIE

(nazwa i adres)

• Pogotowie

TAK NIE

• Instytucja/osoba

TAK NIE

(nazwa i adres)

Upoważnienie dla placówek medycznych:

Ja, niżej podpisany/a

zam.

upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek AWP P&C, pełnej informacji dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem.

W tym zakresie zwalnim lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Oświadczenie:

Oświadczam, że podane przez mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Koniec dokumentu:

Poszkodowany

data i podpis

Zgłaszający szkodę

data i podpis

POTRZEBNE DOKUMENTY:

- dowody poniesionych kosztów i potwierdzenia ich opłaty,
- dokumenty stwierdzające przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia;

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których AWP P&C nie było poinformowane lub z jakichkolwiek względów nie posiadało o nich informacji, zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji zgłoszonych roszczeń.

Oświadczenie:

Oświadczam, iż nie będę się ubiegać o odszkodowanie z tytułu przedmiotowej szkody w innym zakładzie ubezpieczeń

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych dotyczących Pana/Pani/dziecka stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (w tym do likwidacji szkody)? (Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>).

 TAK NIE

Wniosek należy wysłać na adres korespondencyjny:
Sekcja likwidacji szkód turystycznych
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa
lub adres mailowy:
pmu.szody@mondial-assistance.pl