

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:

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 Gotheard TU S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wotolskiej 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 Gotheard 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 Gotheard 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