

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres TU Europa S.A. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. polisę (nie dotyczy osób ubezpieczonych w ramach imprez zakupionych w biurach podróży),
2. dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu, zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań,
3. dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. protokół policji z miejsca zdarzenia,
2. zeznania świadków,
3. akt zgonu,
4. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

Adres do korespondencji:

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.
 Departament Obsługi Produktów
 Biuro Regionalne we Wrocławiu
 ul. Gwiaździsta 62
 53-413 Wrocław

email: biuro.wroclaw@tueuropa.pl, www.tueuropa.pl

tel: 71 369 28 63 do 66, 369 28 57 do 60,

mobile: 783 931 968, 609 678 746, 609 679 260, 609 678 925

fax: 71 369 27 07

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

Imię:		Nazwisko:	
Adres zameldowania:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(kod pocztowy)	(miejscowość)	(ulica)	(telefon)
Adres do korespondencji:			Adres e-mail
PESEL:*	Zawód:	Imiona rodziców:	

DANE O POLISIE

Nr polisy:	ważna od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(dzień)	(miesiąc)	(rok)			(dzień)	(miesiąc)	(rok)	
Ubezpieczający/Biuro podróży:										

INFORMACJE O SZKODZIE

Wyjazd z Polski:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	lub	Wyjazd z miejsca zamieszkania:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)			(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)
Powrót do Polski:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Powrót do miejsca zamieszkania:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)			(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)
Zdarzenie:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Miejscowość:	Kraj:				
	(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)						
Miejsce wypadku:					Adres:					
Czy sprawa została zgłoszona do Centrum Pomocy?		TAK <input type="checkbox"/>		nr sprawy		NIE <input type="checkbox"/>				

Szczegółowy opis zachorowania/wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy?

TAK

NIE

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

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

Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:

Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja?

TAK

NIE

(jeśli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany)

Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:

W przypadku śmierci Ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenia:

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU Europa S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
3. Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU Europa S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 w celu obsługi ubezpieczenia w każdy sposób niezbędny dla realizacji tego celu. Ponadto, zgadzam się także na to, aby TU Europa S.A. przekazało dane firmie reasekuracyjnej, w tym za granicę, jeżeli będzie to wymagane w związku z warunkami reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.
5. Przyjmuję do wiadomości fakt, że Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 jest administratorem moich danych osobowych oraz, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych osobowych będących w posiadaniu TU Europa S.A. i prawo ich poprawiania oraz fakt, że przetwarzanie danych w celach innych niż zwizżane z ubezpieczeniem wymaga uzyskania uprzedniej pisemnej zgody.

Data i podpis Ubezpieczonego

FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na zlotowe konto bankowe nr:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

Data i podpis Ubezpieczonego

WSTĘPNE ORZECZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)

Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(dzień)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(miesiąc)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(rok)

Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem (po polsku):

Podać nazwy zakładów leczniczych, w których Ubezpieczony leczyl się po wypadku:

Przewidywany okres leczenia i rehabilitacji:

5. Kiedy należy skierować Ubezpieczonego na końcowe badanie lekarskie?

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis lekarza