

ZGŁOSZENIE SZKODY (koszty leczenia)

Ubezpieczający:

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres: ulica numer kod pocztowy miejsowość

Telefon

Ubezpieczony (Poszkodowany):

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres: ulica numer kod pocztowy miejsowość

Data urodzenia DD / MM / RRRR

Telefon kontaktowy

PESEL

Adres e-mail

Szkoda:

Okres ubezpieczenia od DD / MM / RRRR do DD / MM / RRRR

Numer polisy

Suma gwarancyjna

Data i godzina powstania szkody

Data ujawnienia szkody DD / MM / RRRR Data zgłoszenia szkody DD / MM / RRRR

Miejsce powstania szkody

(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)

Czego dotyczyła udzielona pomoc:

Leczenie ambulatoryjne

Leczenie szpitalne

Inne usługi gwarantowane w umowie; jakie

Wysokość kosztów:

Leczenia

Transportu

Innych usług

Kto pokrył ww. koszty

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

Przekaz pocztowy: adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej

Przelew na rachunek - - - - - -

Dokładny opis zdarzenia i ewentualnie opis obrażeń

Świadkowie

.....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktował(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 leczyl 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 przebytych chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem.

W tym zakresie zwaliam 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)

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.szkoody@mondial-assistance.pl