

Zgłoszenie szkody Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków

Gothaer

INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69

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 _____

Uprawniony
(w przypadku
śmierci
Ubezpieczo-
nego)

Imię i nazwisko	Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość)	Telefon / Adres e-mail	Charakter uprawnionego
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony
			☐ Opiekun prawny ☐ Inny uprawniony

Polisa

Seria i numer polisy _____

Dane
dotyczące
zdarzenia

Data wypadku / zachorowania _____ Godzina wypadku _____ : _____
Dzień Miesiąc Rok

Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica)

Opis okoliczności zdarzenia

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego? ☐ Nie ☐ Tak

Data zgonu _____ : _____
Dzień Miesiąc Rok

Doznane obrażenia /nazwa zachorowania (diagnoza lekarska)

Kto i kiedy udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

Nazwy i adresy placówek medycznych w których Ubezpieczony leczyl się w związku ze zgłaszanym obecnie wypadkiem / zachorowaniem.

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczyl 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:

**Zwrot
opłaconych
kosztów /
wypłaty
świadczenia**

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 Gothaer TU S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 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 Gothaer 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 Gothaer 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

Spółka GOTHAEER TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.
ul. Wołoska 22A, 02-675 Warszawa; tel.: 22 469 69 69,
fax: 22 469 69 70; e-mail: kontakt@gothaer.pl, www.gothaer.pl

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru
Sądowego, KRS 00000 33882; Kapitał zakładowy: 102 611 448 zł wpłacony w całości;
NIP: 524-030-23-93; REGON: 010594552

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisana (-ny),.....
(imię i nazwisko)

legitymująca (-y) się dokumentem stwierdzającym tożsamość.....
(dowód osobisty, paszport zagraniczny, karta pobytu)

seria.....numer.....,

wydanym przez.....

PESEL *

zamieszkała (- y) w.....
(ulica, numer domu, numer mieszkania, miejscowość, kod pocztowy - wypełnić w przypadku gdy adres zamieszkania jest inny
jak adres zameldowania)

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym - rodzic / opiekun ustanowiony na podstawie
orzeczenia sądu/ kurator ** -
(imię i nazwisko)

uprawnionym (wobec braku sprzeciwu innych przedstawicieli ustawowych)*** do odbioru świadczenia
z tytułu umowy ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży oraz personelu w placówkach oświatowo
wychowawczych, za szkodę z dnia.....,
zarejestrowaną przez Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń SA pod numerem.....

Kwotę świadczenia należy przekazać na

.....
Oświadczam, iż zostałam (-em) poinformowana (-y) o prawach wynikających z ustawy z dnia
29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002, nr 101, poz. 926 ze zm.), w tym prawie
wglądu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania, oraz o celu, w jakim dane te są
przetwarzane.

Telefon.....

Adres e-mail.....

.....
(czytelny podpis)

Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń SA z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 22A informuje, iż
Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane i przetwarzane w celu realizacji ww. zobowiązań,
wynikających z umowy ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży oraz personelu w placówkach
oświatowo wychowawczych.

* Nie dotyczy osób posiadających paszport zagraniczny.

** Niepotrzebne skreślić.

*** Nie dotyczy kuratora.