

Formularz zgłoszenia szkody z polisy nr 908200096963 ubezpieczenia

NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Ubezpieczający **CS NATURA TOUR Sp. z o.o.** ul. Dyrekcyjna 2/4, 80-958 Gdańsk,
REGON: 191971801, NIP: 5832650389

Zgłoszenie szkody osobowej

Proszę wypełnić poniższy formularz drukowanymi literami zaś pola wyboru oznaczyć krzyżykiem (X) i wysłać na adres korespondencyjny **TUIR WARTA S.A.** Skrytka Poczтовая nr 1020, 00-950 Warszawa 1

Numer polisy **908200096963**

Ważna od **16/06/ 2017** do **15 / 06 /2018**

DANE POSZKODOWANEGO

Imię i nazwisko: _____
PESEL / Nr paszportu (w przypadku obcokrajowców): _____
Adres zamieszkania: _____
Adres korespondencyjny: _____
Telefon kontaktowy: _____ Adres email: _____

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO*

* W przypadku, gdy poszkodowany jest osobą niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną

Imię i nazwisko: _____
PESEL / Nr paszportu (w przypadku obcokrajowców): _____
Adres zamieszkania: _____
Adres korespondencyjny: _____
Telefon kontaktowy: _____ Adres email: _____

INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKODY

Data powstania szkody : __ / __ / ____ Godzina powstania szkody __ : __
Kraj _____ Województwo _____ Gmina _____
Miejscowość _____ Ul. _____

RODZAJ ROSZCZENIA

Proszę podać określić rodzaj poniesionej szkody:

- trwały uszczerbek na zdrowiu,
 śmierć,
 dieta dzienną za pobyt w szpitalu,
 zwrot kosztów naprawy lub nabycia protez i środków pomocniczych,
 zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego,

inne (proszę wymienić jakie): _____

OKOLICZNOŚCI POWSTANIA ZDARZENIA

Proszę dokładnie opisać okoliczności powstania szkody

RODZAJ I ZAKRES SZKODY

Proszę opisać dokładne obrażenia ciała (z diagnozy lekarskiej), koszty leczenia itp.:



praworęczny

leworęczny

KOSZT LECZENIA I KWOTA ROSZCZENIA

Czy zostały poniesione koszty leczenia? TAK /NIE

Proszę podać dokładne koszty leczenia _____

Czy rachunki zostały opłacone? TAK/ NIE

Kwota roszczenia _____

OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA

Czy została powiadomiona policja TAK/ NIE

* Nazwa i adres jednostki: _____

Czy została udzielona pierwsza pomoc? TAK/ NIE

Dane osoby/jednostki udzielającej pierwszą pomoc: _____

ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH, W KTÓRYCH UDZIELONO POMOCY

Proszę podać dokładne miejsca i adresy placówek medycznych w których udzielno Pani/Panu pomocy:

Nazwa placówki: _____

Adres: _____

Nazwa placówki: _____

Adres: _____

PROWADZONE LECZENIE

Czy nastąpiło leczenie szpitalne? TAK/ NIE

Czy nastąpiło leczenie ambulatoryjne? TAK/ NIE

Czy konieczna była rehabilitacja? TAK/ NIE

Czy leczenie zostało zakończone? TAK /NIE

Jak długo trwało leczenie? _____

INFORMACJE DODATKOWE

Czy poszkodowany był niezdolny do pracy/nauki w następstwie powstałej szkody? TAK*/ NIE

*Przez jak długi okres? _____

Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy? TAK/ NIE

Czy poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny? TAK/ NIE

Poniższe punkty należy wypełnić jedynie w przypadku gdy poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny:

Numer prawa jazdy _____ Kategoria _____

Czy w chwili zdarzenia poszkodowany miał zapięte pasy bezpieczeństwa? TAK/ NIE

Czy kierujący dysponował pojazdem za zgodą i wiedzą właściciela TAK/ NIE

DANE ZGŁASZAJĄCEGO SZKODĘ/DANE DO KONTAKTU

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Adres korespondencyjny: _____

Telefon kontaktowy: _____ Adres email: _____

Dane osoby do kontaktu w sprawie szkody:

Imię i nazwisko: _____

Adres korespondencyjny: _____

Telefon kontaktowy: _____ Adres email: _____

Oświadczenia i podpisy

Wyrażam zgodę na występowanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87, zwane dalej TUiR „WARTA” S.A. do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem, a także udzielenie informacji zgromadzonych i przetwarzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu i w zakresie potrzebnym dla realizacji umowy ubezpieczenia i ustalenia odpowiedzialności TUiR „WARTA” S.A. w tym ustalenie przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez TUiR „WARTA” S.A. moich danych o stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do celów związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia .

Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUiR „WARTA” S.A., będące administratorem danych o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, - aktualnie i w przyszłości oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.

Przyjmuję do wiadomości, że:

- opinia Komisji Lekarskiej zostanie wydana po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji
- rozpatrzenie roszczenia nastąpi po wydaniu opinii Komisji Lekarskiej.
- stopie uszczerbku na zdrowiu dziecka ustalony zostanie po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji.

Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

Realizując ustawowy obowiązek informacyjny niniejszym informujemy, że skargi, zażalenia, w tym reklamacje mogą być składane do Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1, a ponadto w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje , telefonicznie pod nr 502 308 308 oraz w każdej jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie, reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej ; Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Data wypełnienia formularza ___ / ___ / _____

Miejscowość,

Podpis