

DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY

Kosztów leczenia podczas pobytu za granicą

Dane osobowe ubezpieczonego

Nazwisko: Adres do korespondencji:

Imię (imiona): Ulica Nr

Imiona rodziców: Kod pocztowy Miejscowość

Nr telefonu do pracy: Kraj

do domu: Adres e-mail:

komórkowy: PESEL:

Dane dotyczące dokumentu ubezpieczenia (polisy/certyfikatu)

Seria i nr polisy/certyfikatu ubezpieczenia: Data rozpoczęcia podróży:

Data wystawienia polisy/certyfikatu: Data zakończenia podróży:

Data rezerwacji podróży: Data opłacenia składki:

Ubezpieczający:

miejsce opłacenia składki

- Oddział INTER Polska S.A. w

- Przedstawicielstwo INTER Polska S.A. w

- Agent Ubezpieczeniowy

- Biuro podróży

Data i godzina przekroczenia granicy RP:

Szczegóły dotyczące szkody

Data przyjęcia na leczenie/data wypadku i czas trwania leczenia Miejscowość/kraj

Koszty leczenia powstałe:

w związku z nagłym zachorowaniem na skutek nieszczęśliwego wypadku

nazwa choroby:

Czy ubezpieczony w chwili wypadku był po spożyciu alkoholu, użyciu narkotyków lub innych podobnie działających środków odurzających:

Tak Nie

Szczegółowy opis choroby/wypadku, włącznie z charakterem obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco, w razie potrzeby sporządzić załączniki)

.....

.....

.....

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się przed zachorowaniem/wypadkiem:

Czy był(a) Pan(i) hospitalizowany(a) wskutek tej choroby/tego wypadku?

Tak Nie

Nazwisko lekarza i adres szpitala lub kliniki, z którego korzystał(a) Pan(i) wskutek choroby/wypadku

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Pomocy INTER Polska?

Tak Nie

Czy cierpiał(a) Pan(i) na taką samą lub podobną chorobę w przeszłości?

Tak Nie

Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy:

.....

.....

Dane dotyczące szkody

WYKAZ KOSZTÓW LECZENIA

Data	Wyszczególnienie	Kwota w lokalnej walucie	Kto zapłacił rachunek?
RAZEM:			

Czy spodziewa się Pan(i) innych rachunków? Tak Nie

Czy posiada Pan(i) inną polisę ubezpieczeniową, która obejmuje ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie? Tak Nie

Jeśli tak proszę podać szczegóły:

Nazwa ubezpieczyciela: Nr polisy:

Adres:

Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było następstwem wypadku komunikacyjnego, należy podać:

- 1) kto był sprawcą wypadku
- 2) dokładny adres sprawcy
- 3) nazwę ubezpieczyciela i nr polisy sprawcy
- 4) komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:
- 5) czy był/a Pan/i - kierowcą - pasażerem - pieszym
- 6) numer, kategorię prawa jazdy i przez kogo wydany (w przypadku prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w chwili wypadku) -
- 6) markę i nr rej pojazdu, w którym się Pan/i znajdował/a
- 7) dane osobowe świadków zdarzenia (imię, nazwisko, adres, telefon kontaktowy):

Oświadczenie i podpis osoby występującej z roszczeniem

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia (roszczeń) wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym 2) Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominąłem (pamiętam) żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez ubezpieczyciela. 3) Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwanej(ego)(ych) w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważniony(y)(a) do działania w ich imieniu; stwierdzam również, że osoby te zostały poinformowane, że TU INTER Polska S.A. nie będzie ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeżeli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom. 4) Udzielam niniejszym mojej zgody lekarzowi bądź władzom/instytucjom na udostępnienie TU INTER Polska S.A. informacji w zakresie historii choroby dotyczącej mojej osoby. | <ol style="list-style-type: none"> 5) W przypadku, gdy roszczenie wiąże się z ewentualnym zwrotem wypłaconych świadczeń z ZUS, bądź z jakiegokolwiek towarzystwa ubezpieczeniowego lub innej zainteresowanej strony, upoważniam je do przekazania każdego takiego zwrotu do TU INTER Polska S.A. 6) Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej. 7) Przyjmując do wiadomości treść niniejszego formularza zgłoszenia, jestem świadomy, że TU INTER Polska S.A. zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje 8) Jestem świadom(y)(a) odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces likwidacji szkody. Jestem świadom(y)(a), że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych dla sprawy, TU INTER Polska S.A. może zmniejszyć odszkodowanie lub odmówić jego wypłaty. |
|--|---|

Przyznane odszkodowanie proszę przekazać:

1. przekazem pocztowym na adres:
2. na złotówkowe konto bankowe (prosimy podać pełną nazwę banku, Oddział, pełny numer rachunku i właściciela rachunku):
.....

Zapoznał(em)(am) się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem:

.....
Imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem

.....
Podpis osoby występującej z roszczeniem

Załączniki (do zgłoszenia szkody należy dołączyć):

1. kserokopię oryginału polisy ubezpieczeń podróży INTER TOUR
2. kopię dokumentu potwierdzającego wyjazd i powrót do RP
3. diagnozę choroby, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego
4. oryginały rachunków (za wizyty lekarskie, transport, zakup leków, inne)
5. oryginały dowodów zapłaty rachunków
6. odpis aktu zgonu