

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres TU EUROPA SA 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 SA

Departament Obsługi Produktów

Biuro Regionalne we Wrocławiu

ul. Powstańców Śląskich 2 – 4

53-333 Wrocław

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

tel: (71) 334 18 62 do 66,

334 18 58 do 60,

mobile: 609-67-87-20, 609-67-87-46, 697-97-26-34, 609 67-92-60

fax: (071) 334 18 67, 334 18 69.

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię:

2. Adres: (mięscowosc) (ulica) (telefon)

3. Adres do korespondencji:

4. Adres e-mail:

5. PESEL*: (zawod) (imiona rodziców)

DANE O POLISIE

6. Nr polisy:ważna od (dzień) (miesiąc) (rok) do (dzień) (miesiąc) (rok)

7. Ubezpieczający / Biuro podróży:

INFORMACJE O SZKODZIE

8. Wyjazd z Polski: (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina) lub Powrót do Polski: (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

9. Wyjazd z miejsca zamieszkania: (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

10. Powrót do miejsca zamieszkania: (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

11. Zdarzenie: (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina) (miejscowosc) (kraj)

12. Miejsce wypadku Adres:

13. Czy sprawa została zgłoszona do Centrum Pomocy? **Tak** – nr sprawy **Nie**

14. Szczegółowy opis wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

15. Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? **Tak** **Nie**
16. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed wypadkiem:
-
-
-
17. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się po wypadku:
-
-
-
18. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:
-
-
19. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji,
na który sprawa została zgłoszona:
-
20. Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:
-
21. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?
-
22. Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja? **Tak** **Nie**
(jeśli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany)
23. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:
-
-
-
24. 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 SA 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 SA dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotowe konto bankowe nr:

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

.....
*Data i podpis Ubezpieczającego/
/pracownika biura podróży

.....
Data i podpis Ubezpieczonego

WSTĘPNE ORZECZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)

1. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

2. Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem (po polsku):

.....
.....
.....
.....

3. Podać nazwy zakładów leczniczych, w których Ubezpieczony leczył się po wypadku:

.....
.....
.....
.....

4. Przewidywany okres leczenia i rehabilitacji:

5. Kiedy należy skierować Ubezpieczonego na końcowe badanie lekarskie?

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza