

WNIOSEK O ODSZKODOWANIE Z TYTUŁU NNW

STOPIEŃ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU POWINIEN BYĆ USTALONY BEZPOŚREDNIO PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA, Z UWZGLĘDNIENIEM ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH ZALECANYCH PRZEZ LEKARZY, NIE PÓŹNIEJ JEDNAK NIŻ W CIĄGU 24 MIESIĘCY OD DNIA WYPADKU.

Upzejmie informujemy, że przyjęliśmy zgłoszenie szkody. Przedmiotowa sprawa prowadzona jest pod nr	
DANE POSZKODOWANEGO	
Nazwisko:	Imię:
Data urodzenia: ___/___/_____	PESEL:
Adres korespondencyjny:	Kod: Miasto:
Telefon kontaktowy:	Adres email:
Numer polisy:	Okres ubezpieczenia: ___/___/___ - ___/___/___

OKOLICZNOŚCI POWSTANIA SZKODY	
Data szkody:	Miejsce szkody (kraj, miasto):
Szczegółowy opis okoliczności powstania szkody:	
Kto i kiedy udzielił pierwszej pomocy?	
Czy leczenie i rehabilitacja zostały zakończone?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli NIE, proszę podać datę zakończenia leczenia.	
Czy w szkodzie brały udział osoby trzecie?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli TAK, proszę podać imię i nazwisko, adres, oraz inne posiadane dane.	
Czy policja była wezwana na miejsce?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli TAK, proszę załączyć raport z policji lub podać dane posterunku policji, który został wezwany na miejsce.	
Imię i nazwisko oraz adres świadka wypadku:	
Opis doznanych obrażeń:	
Czy zgłosił/a Pan/ Pani szkodę do Centrum Pomocy Europ Assistance?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I PRZEBYTYM LECZENIU*

Imię i nazwisko:	Data urodzenia:
Adres zameldowania:	Adres e-mail:
Telefon:	
1. Czy pozostaje Pan/ Pani / dziecko pod stałą opieką lekarza POZ? Jeśli TAK, z jakiego powodu?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2. Czy pozostaje Pan/ Pani / dziecko pod stałą opieką lekarza specjalisty? Jeśli TAK, z jakiego powodu?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3. Czy leżał/a Pan/ Pani / dziecko w szpitalu? Jeśli TAK, ile dni?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4. Czy był/a Pan/ Pani dziecko leczona/y/e operacyjnie? Jeśli TAK, jaką operację wykonano?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
5. Czy stosowano u Pana/ Pani / dziecka zabiegi rehabilitacyjne lub gimnastykę leczniczą? Jeśli TAK, z jakiego powodu i jak długo?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
6. Czy występują u Pana/ Pani wrodzone choroby lub wady? Jeśli TAK, jakie?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
7. Czy występowały lub występują u Pana/ Pani/ dziecka dolegliwości bólowe lub inne objawy związane ze zdrowiem, z którymi nie zgłaszał/a się Pan/ Pani / dziecko do lekarza, lecz ich występowanie ogranicza Pana/ Pani / dziecka aktywność i/ lub utrudnia wykonywanie pracy? Jeśli TAK, jakie i w jakim czasie?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
8. Data i podpis:	

- Uprzejmie informujemy, że fakty podane przez Pana/ Panią w powyższym formularzu będą traktowane jako poufne. Pana/ Pani dokumentacja medyczna zostanie udostępniona lekarzom-orzecznikom, którzy będą postępowali w stosunku do Pana/ Pani zgodnie z etyką lekarską (obowiązuje ona między innymi do zachowania tajemnicy lekarskiej).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Europ Assistance S.A., moich danych osobowych, a w przypadku wystąpienia szkody osobowej- również danych na temat stanu mojego zdrowia w celu związanym z likwidacją zgłoszonej szkody

Dane osobowe będą przetwarzane w celu likwidacji zgłoszonej szkody. Podanie danych jest dobrowolne. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.

Niniejszym potwierdzam, iż podane powyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji może skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności karnej i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania.

Data i podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego

.....

OŚWIADCZENIE POSZKODOWANEGO

Świadomy/a odpowiedzialności karnej, ja, niżej podpisany/a zaświadczam, że informacje przeze mnie podane w niniejszym wniosku oraz w oświadczeniu o stanie zdrowia i przebytych leczeniach, są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Podpis:

Data:

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

Numer konta złotówkowego: _ _ _ _ _

Dane właściciela konta (imię, nazwisko, adres):

Wraz z wnioskiem proszę dodatkowo o dostanie kopii dokumentacji medycznej z leczenia.

Upzejmie informujemy, że ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wystąpienia o ewentualne dodatkowe dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia lub określenia wysokości świadczenia.

PROSZĘ ODESŁAĆ DO:

**EUROP ASSISTANCE POLSKA SP. Z O. O. – ZESPÓŁ DS. LIKWIDACJI SZKÓD – ULICA WOŁOSKA 5 – BUDYNEK
"TAURUS" – 02-675 WARSZAWA**

LUB DROGĄ MAILOWĄ NA ADRES refundacje@europ-assistance.pl