

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Nr Szkody:.....

I UbezpieczającyUczelnia/Szkoła : _____
Stanowisko : _____**II Ubezpieczony**Imię i nazwisko : _____
Data urodzenia : _____
Adres zameldowania/tel. kontaktowy : _____

Student/pracownik (niepotrzebne skreślić)

III Dane dotyczące polisyNumer polisy : _____
Suma ubezpieczenia : _____ Okres ubezpieczenia : _____
Data wpłaty składki : _____ Wysokość składki : _____

Zakres ubezpieczenia zgodnie z umową generalną

IV Dane dotyczące powstania szkodyData, godzina, miejsce wypadku : _____
Czy ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? _____
Świadkowie zdarzenia : _____
Dokładny opis okoliczności wypadku : _____

Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu/jej pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku : _____

Data i godzina przyjęcia ubezpieczonego do leczenia (badania) bezpośrednio po wypadku : _____

Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem : _____

Nazwa zakładu leczniczego, w którym ubezpieczony leczył się po wypadku : _____

Dokumentacja lekarska dotycząca pomocy lekarskiej : _____

Okres leczenia szpitalnego : _____

Czy zaistniałe zdarzenie zostało zgłoszone policji, organizatorowi imprezy turystycznej, w polskich przedstawicielstwach za granicą, dyrekcji w zakładzie pracy, kiedy: _____

Podać udokumentowane wydatki stanowiące roszczenie ubezpieczonego : _____

podpis ubezpieczonego (osoby zgłaszającej)

data

podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

WYPŁATA ODSZKODOWANIA – KASA/PRZELEW NA KONTO (niepotrzebne skreślić)

NUMER KONTA :

Oświadczenie o udostępnieniu danych osobowych

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z likwidacją szkody przez Tryg Polska T.U. S.A. oraz inne podmioty chodzące w skład Grupy TRYG VESTA w związku z prowadzoną przez nie działalnością statutową. Moje dane osobowe zawarte w zbiorze danych administrowanych przez Tryg Polska T.U. S.A. udostępnione będą spółkom wchodzącym w skład Grupy TRYG VESTA, podmiotom powiązanym z nimi kapitałowo oraz podmiotom i osobom zewnętrznym wykonującym czynności związane z likwidacją szkody na zlecenie Tryg Polska T.U. S.A.

Oświadczenie o udostępnieniu danych medycznych

Zwalniam leczących mnie lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie dla Tryg Polska T.U. S.A. informacji dotyczących mojego zdrowia oraz dotychczasowego i przyszłego przebiegu leczenia w związku ze zgłoszeniem roszczeń z tytułu wypadku ubezpieczeniowego.

data i podpis poszkodowanego