

Świadkowie

.....
.....
(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym? TAK NIE

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był trzeźwy? TAK NIE

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających? TAK NIE

Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku? TAK NIE

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczyl się po wypadku

.....
.....

Czy leczenie zostało zakończone:

TAK Data zakończenia leczenia

NIE Przewidywana data zakończenia leczenia

Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo? TAK NIE

Czy nastąpił zgon poszkodowanego? TAK NIE

Data zgonu

Ogólna charakterystyka zniszczonego lub uszkodzonego mienia

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

Czy poszkodowany zgłosił roszczenie w innej firmie ubezpieczeniowej

TAK NIE

(nazwa)

Informacje ogólne:

Czy o zdarzeniu poinformowano:

- Policję TAK NIE
- Prokuraturę TAK NIE
- Straż Pożarną TAK NIE
- Pogotowie TAK NIE
- Instytucja/osoba TAK NIE

(nazwa i adres)

Oświadczenie:

Oświadczam, że podane przez mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 z późn. zm.), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

