

Ubezpieczający:

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres:

Telefon

Ubezpieczony (Poszkodowany):

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres:

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

PESEL

Adres e-mail

Szkoda:

Okres ubezpieczenia od do

Numer polisy

Suma gwarancyjna

Data i godzina powstania szkody

Data ujawnienia szkody Data zgłoszenia szkody

Miejsce powstania szkody

(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

Przekaz pocztowy:

Przelew na rachunek

Dokładny opis zdarzenia

Świadkowie

(imię i nazwisko, adres, telefon)

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

Szkoda osobowa:

Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był trzeźwy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy poszkodowany miał prawo przebywać w miejscu wypadku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia:		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; padding: 2px;"> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </div>		
Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczyl się po wypadku		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; padding: 2px;"> <p>.....</p> <p>.....</p> </div>		
Czy leczenie zostało zakończone:		
<input type="checkbox"/> TAK	Data zakończenia leczenia	<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>
<input type="checkbox"/> NIE	Przewidywana data zakończenia leczenia	<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>
Czy nastąpił zgon poszkodowanego?		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Data zgonu		<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>

Informacje ogólne:

Czy o zdarzeniu poinformowano:

- Policję TAK NIE
- Pogotowie TAK NIE
- Instytucja/osoba TAK NIE

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

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

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.

Koniec dokumentu:

Poszkodowany	Zgłaszający szkodę	Ubezpieczający
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; padding: 2px;">data i podpis</div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; padding: 2px;">data i podpis</div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; padding: 2px;">data i podpis</div>

POTRZEBNE DOKUMENTY:

- dokumentacja medyczna z leczenia ubezpieczonego w kraju i zagranicą;
- zaświadczenie o zakończonym leczeniu

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których Mondial Assistance nie było poinformowane lub z jakichkolwiek względów nie posiadało o nich informacji, zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji zgłoszonych roszczeń.

Wniosek należy wysłać na adres:
Sekcja likwidacji szkód turystycznych
Mondial Assistance Sp. z o.o.
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa

Nie wiesz jak wypełnić wniosek? Zadzwoń (+48) 22 522 26 88

How can we help?