



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 poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym?  
 TAK  NIE

(nazwa Kasy Chorych)

Czy poszkodowany posiada inne ubezpieczenie?  
 TAK  NIE

(nazwa firmy ubezpieczeniowej)

Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku?  TAK  NIE

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczył się po wypadku

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

Czy przed wypadkiem u poszkodowanego występowały choroby samoistne, jakie?  
 TAK  NIE

### Informacje ogólne:

Czy o zdarzeniu poinformowano:

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

(nazwa i adres)

### Upoważnienie dla placówek medycznych:

Ja, niżej podpisany/a   
 zam.

upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Mondial Assistance, pełnej informacji dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. **W tym zakresie zwalnim lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.**

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

### 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.

**Koniec dokumentu:**

Poszkodowany

Zgłaszający szkodę

  
data i podpis  
data i podpis**POTRZEBNE DOKUMENTY:**

- **oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty,**
- **dokumenty** stwierdzające przyczyny i zakres udzielonej **pomocy medycznej lub dotyczące innych kosztów** objętych zakresem ubezpieczenia;

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?**