

Chartis Europe Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa, Polska

Tel.: +48 22 528 51 00
Fax: +48 22 528 52 52



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA – ZWROT KOSZTÓW LECZENIA

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA

1. Nr karty Diners Club.....
2. Imię i nazwisko:.....
3. Data urodzenia:.....
4. Adres zamieszkania:
nr telefonu :.....
5. Data i miejsce wypadku/zachorowania:
6. Opis wypadku i rodzaju doznanych obrażeń/zachorowania:
.....
.....

7. KOSZTY LECZENIA

Lista wydatków poniesionych w związku z leczeniem

Nr załącznika i opis kosztów	Data badania/zakupu leków	Kwota i waluta

8. Czy w związku z wypadkiem zostały sporządzone raporty policyjne? Jeżeli tak, prosimy o ich załączenie.
9. Czy roszczenie dotyczy również Trwałego Inwalidztwa częściowego?
10. Czy w związku z wypadkiem/zachorowaniem kontaktował/a się Pan/Pani z Centrum Pomocy Chartis - Travel Guard? TAK / NIE

11. Dyspozycja wypłaty

Przyznane świadczenie proszę przekazać :

- na rachunek bankowy nr _____
nazwa banku
właściciel rachunku
- albo przekazem pocztowym*
- na adres.....
.....

Do niniejszego wniosku prosimy o załączenie: oryginałów rachunków za poniesione koszty leczenia oraz zaświadczenia lekarskie zawierającego diagnozę medyczną.

UPOWAŻNIENIE

Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy, pracodawcę oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do ujawnienia:

Ubezpieczycielowi: Chartis Europe Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111, oraz

Centrum Pomocy Chartis Travel Guard: Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 5

wszystkich niezbędnych informacji dotyczących okoliczności oraz następstw wypadku, choroby będących przyczyną zgłoszenia roszczenia.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych ujawniających mój stan zdrowia zawartych w niniejszej dokumentacji roszczeniowej przez:

Ubezpieczyciela: Chartis Europe Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111, oraz

Centrum Pomocy Chartis Travel Guard: Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 5

w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Moja zgoda na przetwarzanie danych obejmuje również przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania danych.*

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności podania danych zamieszczanych w niniejszym dokumencie, o przysługującym mi prawie wglądu do swoich danych oraz prawie do ich poprawiania (zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – Dz. U.n r 133, poz. 883).*

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia Ubezpieczającemu/Brokerowi ubezpieczeniowemu pośredniczącemu w postępowaniu związanym z niniejszym roszczeniem, w tym przekazywanie treści pism/decyzji związanych z moim roszczeniem.*

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko

*Niepotrzebne skreślić