



## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA NNW

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA

1. nr karty DINERS CLUB.....
2. Imię i nazwisko:.....
3. Imiona rodziców:.....
4. Data urodzenia:.....
5. Adres zamieszkania: .....  
nr telefonu :.....
6. Data i miejsce wypadku:.....
7. Opis okoliczności wypadku oraz nazwiska ewentualnych świadków: .....  
.....  
.....
8. Okres leczenia szpitalnego (prosimy dołączyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego):  
od .....do .....  
nazwa ośrodka i adres .....

WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY (jeżeli Osoba Ubezpieczona posiada dokumenty medyczne zawierające diagnozę oraz opis przebiegu leczenia, wypełnienie pkt 11 przez lekarza nie jest wymagane)

9. Data wypadku, diagnoza, opis przebiegu leczenia, data zakończenia leczenia  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

10. Czy jest Pan/i zdolny/a do wykonywania swojego zawodu:

TAK

NIE

**11. Prosimy o dołączenie do niniejszego formularza następujących dokumentów:**

- wszelkich zaświadczeń lekarskich opisujących rodzaj szkody (diagnoza i opis leczenia),
- raportów z Policji/Prokuratury/Sądu zawierających opis okoliczności wypadku oraz wynik badania na zawartość alkoholu we krwi Osoby Ubezpieczonej (jeżeli zostały sporządzone),
- zaświadczeń określających Osoby Uposażone (w przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej),
- oryginału świadectwa zgonu (w przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej).

**12. Przyznane świadczenie proszę przekazać :**

- na rachunek bankowy nr:

-----  
nazwa banku .....  
właściciel rachunku .....  
*albo przekazem pocztowym*  
- na adres.....  
.....

**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