

Ubezpieczający:Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres:	<input type="text" value="Senatorska"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="00-082"/>	<input type="text" value="Warszawa"/>
	ulica	numer	kod pocztowy	mięscowość

Telefon **Ubezpieczony (Poszkodowany):**Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ulica	numer	kod pocztowy	mięscowość

Data urodzenia - -

dzień miesiąc rok

Telefon kontaktowy PESEL Adres e-mail Metoda aktywacji ubezpieczenia

Data aktywacji ubezpieczenia - -

dzień miesiąc rok

Data przekroczenia granicy - -

dzień miesiąc rok

Szkoda:Numer polisy Data i godzina powstania szkody

Data ujawnienia szkody - -

dzień miesiąc rok

Data zgłoszenia szkody - -

dzień miesiąc rok

Miejsce powstania szkody

(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)

Czego dotyczyła udzielona pomoc:

 Leczenie ambulatoryjne Leczenie szpitalne Inne usługi gwarantowane w umowie; jakie

Wysokość kosztów:

 Leczenia Transportu Innych usług Kto pokrył ww. koszty

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

 Przekaz pocztowy:

adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej

 Przelew na rachunek - - - - - - Dokładny opis zdarzenia
i ewentualnie opis obrażeń

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 NieCzy 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 NieNazwa 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

(nazwa i adres)

• 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.

Poszkodowany

data i podpis

Zgłaszający szkodę

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