

# Zgłoszenie szkody Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków



INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD: tel. 22 469 69 69  
CENTRUM ALARMOWE dla szkód za granicą: tel. +48 22 864 55 22

Nr szkody

Nr Centrum Alarmowego

## Zgłaszający szkodę

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Nr PESEL \_\_\_\_\_  
Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

## Ubezpieczony/ Poszkodowany

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Nr PESEL \_\_\_\_\_  
Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

## Uprawniony (w przypadku śmierci Ubezpieczo- nego)

Imię i nazwisko	Adres (ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość)	Telefon / Adres e-mail	Charakter uprawnionego
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony
			<input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Inny uprawniony

## Polisa

Seria i numer polisy \_\_\_\_\_

## Dane dotyczące zdarzenia

Data wypadku / zachorowania \_\_\_\_\_ Godzina wypadku \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Miejsce zdarzenia (kraj, miejscowość, ulica)

\_\_\_\_\_

Opis okoliczności zdarzenia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć Poszkodowanego?  Nie  Tak Data zgonu \_\_\_\_\_  
Dzień Miesiąc Rok

Doznane obrażenia / nazwa zachorowania (diagnoza lekarska)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kto i kiedy udzielił Poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nazwy i adresy placówek medycznych w których Ubezpieczony leczył się w związku ze zgłaszanym obecnie wypadkiem / zachorowaniem.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed wypadkiem / zachorowaniem, którego dotyczy zgłoszenie.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy na miejscu zdarzenia obecna była (proszę o wpisanie adresu jednostki obecnej na miejscu zdarzenia)?

Policja \_\_\_\_\_  
Adres

Straż miejska \_\_\_\_\_  
Adres

Straż pożarna \_\_\_\_\_  
Adres

Pogotowie ratunkowe \_\_\_\_\_  
Adres

Inne (jaka instytucja?) \_\_\_\_\_  
Adres

Czy zdarzenie związane było z:

wypadkiem komunikacyjnym     wykonywaniem pracy zarobkowej     wyczerpującym uprawianiem sportu

innymi przyczynami \_\_\_\_\_

Czy Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających?     Nie     Tak

#### Świadkowie zdarzenia

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Nr PESEL \_\_\_\_\_

Nr dowodu tożsamości \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Nr PESEL \_\_\_\_\_

Nr dowodu tożsamości \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

#### Koszty leczenia

- W kwocie \_\_\_\_\_ zostały opłacone osobiście przez Ubezpieczonego
- W kwocie \_\_\_\_\_ zostały opłacone przez Centrum Alarmowe
- W kwocie \_\_\_\_\_ zostały opłacone przez znajomego lub członka rodziny
- W kwocie \_\_\_\_\_ pozostają do zapłaty na rzecz wystawcy rachunku

Oprócz roszczeń dotyczących kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków dodatkowo zgłaszam roszczenia z:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zwrot  
opłaconych  
kosztów /  
wypłaty  
świadczenia**

W jaki sposób Gothaer TU S.A. ma dokonać zwrotu opłaconych kosztów lub wypłaty świadczenia?

przelewem bankowym na konto

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

na konto nr \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

przekazem pocztowym na adres

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

odbiór gotówki w banku

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Nr PESEL \_\_\_\_\_ Nr dowodu tożsamości \_\_\_\_\_

Czy w związku z tym zdarzeniem przysługuje Panu(i) świadczenie z tytułu innej umowy ubezpieczenia? (jakiej?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Załączona dokumentacja lekarska

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oświadczenie  
Ubezpieczonego**

Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Każde niezgodne z prawdą oświadczenie lub inne działania mające na celu wprowadzenie w błąd Gothaer TU S.A. może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

Potwierdzam zgodność danych w zgłoszeniu z polisą

Zwalniam leczących mnie lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnianie Gothaer TU S.A. informacji i dokumentacji medycznej z mojego leczenia przez placówki medyczne / lekarzy zgodnie z art. 22 ust. 3 z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej.

\_\_\_\_\_

Nr agenta / pośrednika

\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis Uprawnionego

\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis Ubezpieczonego / Opiekuna prawnego

**Spółka** GOTHAER TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.  
ul. Wołoska 22A, 02-675 Warszawa; tel.: 22 469 69 69,  
fax: 22 469 69 70; e-mail: kontakt@gothaer.pl, www.gothaer.pl

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru  
Sądowego, KRS 00000 33882; Kapitał zakładowy: 76 344 964 zł wpłacony w całości;  
NIP: 524-030-23-93; REGON: 010594552