

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres Coris Varsovie Sp. z o.o. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. polisę (nie dotyczy umów generalnych),
2. dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań,
3. dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wyniki badań.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. protokół policji z miejsca zdarzenia,
2. zeznania świadków,
3. akt zgonu,
4. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

Adres do korespondencji:

**Biuro Szkód Ubezpieczeniowych i Assistance Coris Varsovie Sp. z o.o.
ul. Piastów Śląskich 65 01-494 Warszawa tel. 022 864-55-26**

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię:
2. Adres:
kod pocztowy miejscowość ulica telefon
3. Adres do korespondencji:
4. Adres e-mail:
5. Data urodzenia:
dzień miesiąc rok imiona rodziców zawód

DANE O POLISIE

6. Nr polisy: ważna od do
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok
7. Ubezpieczający / Biuro podróży:

INFORMACJE O SZKODZIE

8. Zdarzenie:
dzień miesiąc rok godzina
9. Miejsce wypadku: adres
10. Szczegółowy opis wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

11. Czy ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? Tak Nie
12. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się przed wypadkiem:

13. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się po wypadku:

14. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:

15. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:
16. Jeżeli ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:
17. Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?
18. Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja? Tak Nie (jeśli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany)
19. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:
20. W przypadku śmierci ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenia:

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom Signal Iduna Polska TU S.A. lub Coris Varsovie Sp. z o.o. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
- Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom Signal Iduna Polska TU S.A. lub Coris Varsovie Sp. z o.o. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać złotowe konto bankowe nr:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

.....
Data i podpis ubezpieczającego/
/pracownika biura podróży

.....
Data i podpis ubezpieczonego

WSTĘPNE ORZECZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)

1. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia □□ □□ □□□□ □□
dzień miesiąc rok godzina

2. Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem (po polsku):

3. Podać nazwy zakładów leczniczych, w których ubezpieczony leczył się po wypadku:

4. Przewidywany okres leczenia i rehabilitacji:

5. Kiedy należy skierować ubezpieczonego na końcowe badanie lekarskie?

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza