|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WNIOSEK O ODSZKODOWANIE Z TYTUŁUNastępstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW)STOPIEŃ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU POWINIEN BYĆ USTALONY BEZPOŚREDNIO PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA, Z UWZGLĘDNIENIEM ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH ZALECANYCH PRZEZ LEKARZY, NIE PÓŹNIEJ JEDNAK NIŻ W CIĄGU 24 MIESIĘCY OD DNIA WYPADKU. | | | | |
| Działając w imieniu i na rzecz GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych uprzejmie informujemy, że przyjęliśmy zgłoszenie szkody z ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków. Przedmiotowa sprawa prowadzona jest pod nr ………….DANE POSZKODOWANEGO | | | | |
| Nazwisko: | | | Imię: | |
| Data urodzenia: | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Adres korespondencyjny: Kod: Miasto: | | | | |
| Telefon kontaktowy: | | | Adres email: | |
| Numer polisy: | | | Okres ubezpieczenia: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | |
|  | | | | |
| OKOLICZNOŚCI POWSTANIA SZKODY | | | | |
| Data szkody: | | Miejsce szkody (kraj, miasto): | | |
| Szczegółowy opis okoliczności powstania szkody: **Opis doznanych obrażeń:** | | | | |  |
| Czy poszkodowany był trzeźwy w momencie wypadku? TAK ❒ NIE ❒ | | | | |  |
| Kto i kiedy udzielił pierwszej pomocy? | | | | |
| Czy leczenie i rehabilitacja zostały zakończone? TAK ❒ NIE ❒Jeśli NIE, proszę podać datę zakończenia leczenia. | | | | |
| Czy w szkodzie brały udział osoby trzecie? TAK ❒ NIE ❒Jeśli TAK, proszę podać imię i nazwisko, adres, oraz inne posiadane dane. | | | | |
| Czy policja była wezwana na miejsce? TAK ❒ NIE ❒Jeśli TAK, proszę załączyć raport z policji lub podać dane posterunku policji, który został wezwany na miejsce. | | | | |
| Imię i nazwisko oraz adres świadka wypadku: | | | |  |
| Czy zgłosił/a Pan/ Pani szkodę do Centrum Pomocy Europ Assistance? | | | | TAK ❒ NIE ❒ |

## Uprzejmie informujemy, że fakty podane przez Pana/ Panią w powyższym formularzu będą traktowane jako poufne. Pana/ Pani dokumentacja medyczna zostanie udostępniona lekarzom-orzecznikom, którzy będą postępowali w stosunku do Pana/ Pani zgodnie z etyką lekarską (obowiązuje ona między innymi do zachowania tajemnicy lekarskiej).

## Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Europ Assistance Polska Sp. z o.o. moich danych osobowych, a w przypadku wystąpienia szkody osobowej- również danych na temat stanu mojego zdrowia  w celu związanym z likwidacją zgłoszonej szkody

## Administratorem danych osobowych jest GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych. Dane osobowe będą przetwarzane w celu likwidacji zgłoszonej szkody. Podanie danych jest dobrowolne. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.

## Niniejszym potwierdzam, iż podane powyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji może skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności karnej i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania.

* **[ ]\* Wyrażam zgodę [ ] Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji za pomocą środków komunikacji elektronicznej na wskazany powyżej adres e-mail oraz na przekazanie dokumentów związanych z postępowaniem dotyczącym zgłoszonej szkody w tej formie.**

## ……………………………………………………………………………………

## Data i podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

|  |  |
| --- | --- |
| OŚWIADCZENIE POSZKODOWANEGO | |
| Świadomy/a odpowiedzialności karnej, ja, niżej podpisany/a zaświadczam, że informacje przeze mnie podane w niniejszym wniosku oraz w oświadczeniu o stanie zdrowia i przebytym leczeniu, są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. | |
| Podpis: | Data: |

|  |  |
| --- | --- |
| WYPŁATA ODSZKODOWANIA | |
| Numer konta złotówkowego: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_Dane właściciela konta (imię, nazwisko, adres):Przekaz pocztowy: | |
|  |  |

|  |
| --- |
| Wraz z wnioskiem proszę dodatkowo o dosłanie kopii dokumentacji medycznej z leczenia.Dokumentacja z zakończenia leczenia powinna zawierać:- pisemne stwierdzenie, że leczenie jest zakończone i poszkodowany nie kwalifikuje się do dalszego leczenia lub rehabilitacji- opis trwałych ( nieusuwalnych) zmian w zdrowiu |

## Wniosek prosimy odesłać na adres:

## EUROP ASSISTANCE POLSKA SP. Z O. O.

## ZESPÓŁ DS. LIKWIDACJI SZKÓD

## Ul. WOŁOSKA 5

## 02-675 WARSZAWA