

POWIADOMIENIE O ZDARZENIU SZKODOWYM ■ NOTIFICATION OF CLAIM

INFORMACJE OGÓLNE ■ GENERAL INFORMATION		NUMER POLISY ■ INSURANCE POLICY NUMBER:	
<p>Prosimy o wypełnienie formularza i dołączenie poniższych dokumentów ■ Please fill the form and enclose documents listed below:</p> <p>1. Dokumentacja medyczna z diagnozą i datą udzielenia pomocy ■ Medical documentation with indicated diagnosis and date of the visit. 2. Oryginały rachunków za poniesione koszty ■ Original bills, invoices for expenses incurred</p>			
Imię i Nazwisko osoby zgłaszającej ■ Name & Surname of claiming person:			
Numer telefonu ■ Telephone number:		Adres email ■ Address of email:	
Imię i Nazwisko osoby ubezpieczonej ■ Name & Surname of insured person:			
Numer pesel ■ Pesel number:			
Adres zamieszkania ■ Address:			
Państwo ■ Country:			
Numer telefonu ■ Telephone		Adres email ■ Address of email:	
Adres korespondencyjny ■ Address for correspondence:			
Kod pocztowy ■ Postcode:			
Czy wyraża Pan/Pani zgodę na otrzymywanie korespondencji również pocztą elektroniczną? <input type="checkbox"/> Tak / Yes <input type="checkbox"/> Nie / No Do you agree for receiving an information about claim handling process on your e-mail box?			

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU ■ INFORMATION ABOUT POLICY	
Początek okresu ubezpieczenia ■ Beginning of insurance	Koniec okresu ubezpieczenia ■ End of insurance
Czy ubezpieczony posiada inne ubezpieczenie (w tym ubezpieczenie w ramach karty bankowej) obejmujące swym zakresem koszty leczenia, pomocy assistnce lub transportu medycznego? <input type="checkbox"/> Tak / Yes <input type="checkbox"/> Nie / No Do you have any other insurance (also added to bank account) which cover cost of medical treatment assistance or medical transport? Jeśli tak prosimy o podanie informacji o ubezpieczeniu ■ if yes, please indicate details of insurance:	
Nazwa ubezpieczyciela ■ Name of the insurer:	
Numer polisy ■ Policy number:	
Okres ubezpieczenia ■ Period of insurance:	
Wariant ubezpieczenia lub nazwa karty ■ Insurance variant or name of bank card:	

INFORMACJE O PODRÓŻY ■ INFORMATIONS ABOUT TRAVEL			
Docelowy kraj podróży ■ Destination			
Cel podróży ■ Purpose of the journey	<input type="checkbox"/> turystyka / tourism	<input type="checkbox"/> nauka / education	<input type="checkbox"/> praca / labour (business trip)

INFORMACJA O ZDARZENIU ■ INFORMATION ABOUT CLAIM EVENT			
Czy zdarzenie zostało zgłoszone do Centrum Pomocy Assistance? ■ Did you report the event to the Emergency Center?			
<input type="checkbox"/> Nie / No – Please specify the reason:			
<input type="checkbox"/> Tak / Yes - Please specify the case number:			
Data i godzina zdarzenia (pierwszych objawów) ■ Date and hour of event (of first symptoms):			
Kraj i miejsce zdarzenia ■ Country and place of event:			
Okres ubezpieczenia ■ Period of insurance:			
Typ zdarzenia ■ Type of event	<input type="checkbox"/> nagle zachorowanie /sudden illness	<input type="checkbox"/> nieszczęśliwy wypadek /unexpected accident	<input type="checkbox"/> inne /other:

Opis zdarzenia i zakresu udzielonej pomocy medycznej ■ Description of event and provided medical help:

Czy do szkody doszło na skutek spożycia alkoholu / środków odurzających / leków?
Did the damage occurred as a result of the consumption of alcohol / drugs / medications?

Tak / Yes

Nie / No

Czy zdarzenie zostało zgłoszone odpowiednim służbom (policja, straż, służby ratownicze)?
Did you report the event to the appropriate authorities (f.e. police)?

Tak / Yes

Nie / No

INFORMACJA O POWSTAŁYCH KOSZTACH ■ INFORMATION ABOUT EXPENCES

Koszta transportu w wysokości ■ Cost of transport for amount:

Koszta transportu w wysokości ■ Cost of transport for amount:

Pozostałe koszty w wysokości ■ Other costs for amount:

Czy powyższe koszty zostały opłacone? ■ Did the mentioned cost was paid?

Tak / Yes

Nie / No

DYSPOZYCJA WYPŁATY ■ REIMBURSEMENT INSTRUCTION

Numer Rachunku w PLN ■ Bank account numer (PLN):

Bank odbiorcy ■ Name of bank:

Imię i nazwisko odbiorcy ■ Name & surname of recipient:

Adres odbiorcy ■ Address of recipient:

OŚWIADCZENIA ■ STATEMENTS

Upoważniam Ubezpieczyciela do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, w tym do przetwarzania moich danych osobowych w tym zakresie. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie Ubezpieczycielowi przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia oraz dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia. / I hereby authorize the Insurer for review of all medical information and processing of my personal data (excluding the results of genetic tests), concerning the state of my health from every doctor and all medical institutions in which I used a medical help. At the same time I agree to provide the Insurer by doctors, medical centers and health care facilities with any information about the state of my health and medical records concerning my treatment.

Upoważniam Ubezpieczyciela do zasięgnięcia informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela. / I hereby authorize the Insurer to make inquiries of the court, prosecutor's office, police and other institutions in relation to accident or event which is the basis for determining the liability of the Insurer.

Data i podpis / Date & signature:

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/ I hereby confirm that the information given above is true and I am aware that a false declaration can result as criminal liability and refusal to pay a compensation

Data i podpis / Date & signature: