

## DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY Następstw nieszczęśliwych wypadków

### Dane osobowe ubezpieczonego

Nazwisko: ..... Adres do korespondencji: .....  
Imię (imiona): .....  
Imiona rodziców: .....  
Nr telefonu do pracy: .....  
do domu: .....  
komórkowy: ..... PESEL: .....

Ulica ..... Nr .....  
Kod pocztowy ..... Miejscowość .....  
Kraj .....

Adres e-mail: .....

Rodzaj wykonywanej pracy: ..... Na czym utrzymaniu pozostaje: .....

### Dane dotyczące dokumentu ubezpieczenia (polisy/certyfikatu)

#### **CZEŚĆ DOTYCZĄCA WYŁĄCZNIE UBEZPIECZEŃ PODRÓŻNYCH „INTER TOUR”**

Data opłacenia składki: ..... Data rozpoczęcia podróży: .....  
Data wystawienia polisy/certyfikatu: ..... Data zakończenia podróży: .....  
Data rezerwacji podróży: ..... Data przekroczenia granicy RP: .....

miejsce opłacenia składki

- Oddział INTER Polska S.A. w .....  
 - Przedstawicielstwo INTER Polska S.A. w .....  
 - Agent Ubezpieczeniowy .....  
 - Biuro podróży .....

#### **CZEŚĆ DOTYCZĄCA WSZYSTKICH RODZAJÓW UBEZPIECZEŃ**

Ubezpieczający: .....

Seria i numer polisy/certyfikatu ubezpieczenia: ..... Grupa ubezp. NW: .....

### Szczegóły dotyczące szkody

Data zdarzenia ..... Miejscowość/kraj .....  
Czy ubezpieczony w chwili wypadku był po spożyciu alkoholu, użyciu narkotyków lub innych podobnie działających środków odurzających:  
 Tak  Nie

Szczegółowy opis wypadku, włącznie z charakterem obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco, w razie potrzeby sporządzić załączniki).....  
.....  
.....  
.....

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się przed wypadkiem: .....

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

Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku: .....

#### **Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja ?**

- tak  
 - nie, przewidywany termin zakończenia leczenia i rehabilitacji: .....

#### **Czy powstałe zdarzenie zostało uznane przez ZUS za wypadek:**

- nie  
 - tak, był to (właściwie zakreślić) : wypadek w pracy / w drodze do pracy / w drodze z pracy

**Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było następstwem wypadku komunikacyjnego, należy podać:**

1) kto był sprawcą wypadku .....

2) dokładny adres sprawcy .....

3) nazwę ubezpieczyciela i nr polisy sprawcy .....

4) komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona: .....

5) czy był/a Pan/i  - kierowcą  - pasażerem  - pieszym

6) numer, kategorię prawa jazdy i przez kogo wydany (w przypadku prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w chwili wypadku) - .....

7) markę i nr rej pojazdu, w którym się Pan/i znajdował/a .....

---

**Dane osobowe świadków zdarzenia (imię, nazwisko, adres, telefon kontaktowy):**.....

---

**W przypadku śmierci ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenie oraz stopień pokrewieństwa:**.....

---

**Oświadczamy, że poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem młodzieży szkolnej z tytułu NW na podstawie polisy nr: .....  
 figuruje pod poz. .... wykazu imiennego nr: ..... na sumę ubezpieczenia: ..... zł, w razie śmierci: ..... zł,  
 w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu: ..... zł. Składka w wysokości ..... zł opłacona w dn. ....**

**Oświadczenie i podpis osoby występującej z roszczeniem**

<p>1) Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia (roszczeń) wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym</p> <p>2) Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominąłem (pamiętam) żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez ubezpieczyciela.</p> <p>3) Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwane(ego)(ych) w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważnion(y)(a) do działania w ich imieniu; stwierdzam również, że osoby te zostały poinformowane, że TU INTER Polska S.A. nie będzie ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeżeli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom.</p> <p>4) Udzielam niniejszym mojej zgody lekarzowi bądź władzom/instytucjom na udostępnienie TU INTER Polska S.A. informacji w zakresie historii choroby dotyczącej mojej osoby.</p> <p>5) W przypadku, gdy roszczenie wiąże się z ewentualnym zwrotem wypłaconych świadczeń z ZUS, bądź z jakiegokolwiek towarzystwa ubezpieczeniowego lub</p>	<p>innej zainteresowanej strony, upoważniam je do przekazania każdego takiego zwrotu do TU INTER Polska S.A.</p> <p>6) Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.</p> <p>7) Przyjmując do wiadomości treść niniejszego formularza zgłoszenia, jestem świadomy, że TU INTER Polska S.A. zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje</p> <p>8) Jestem świadom(y)(a) odpowiedzialności kamej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces likwidacji szkody. Jestem świadom(y)(a), że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych dla sprawy, TU INTER Polska S.A. może zmniejszyć świadczenie lub odmówić jego wypłaty.</p>
--	---

**Przyznane świadczenie proszę przekazać:**

1. przekazem pocztowym na adres: .....
2. na złotówkowe konto bankowe (prosimy podać pełną nazwę banku, Oddział, pełny numer rachunku i właściciela rachunku): .....

**Zapoznał(em)(am) się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem:**

.....

data oraz imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem
podpis osoby występującej z roszczeniem
data i podpis ubezpieczającego (Głównego Księgowego) (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń grupowych)

**Załączniki (do zgłoszenia szkody należy dołączyć):**

1. kserokopię oryginału polisy
  2. kopię dokumentu potwierdzającego wyjazd i powrót do RP (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń podróży INTER Tour)
  3. dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę medyczną, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, wyniki badań itp.
  4. dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań
- Dodatkowo - w zależności od rodzaju szkody - prosimy dołączyć:
1. protokół policji z miejsca zdarzenia
  2. zeznania świadków
  3. odpis aktu zgonu
  4. inne dokumenty potwierdzające zasadność zgłaszanego roszczenia

**WSTĘPNE ORZECZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)**

1. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia (dzień, miesiąc, rok, godzina): .....
2. Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem: .....
3. Nazwy i adresy placówek medycznych, 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