

Formularz Zgłoszenia Szkody z Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA SZKODY

Wszelkie kopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem

1. Kopia dowodu osobistego poszkodowanego lub rodzica/ opiekuna prawnego (w przypadku gdy poszkodowany jest osobą niepełnoletnią).
2. Kopia dokumentacji medycznej z udzielania pierwszej pomocy po zdarzeniu zawierająca opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, wyniki badań.
3. Kopię dokumentacji medycznej z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań.
4. Kopia zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia.
5. Inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenie.

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM)

Numer polisy **519151**Okres ochrony ubezpieczeniowej od **01.02.2021**do **31.01.2022**

1. DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

(w przypadku, gdy Poszkodowaną osobą jest niepełnoletni, zgłoszenie szkody powinno być wypełnione i podpisane przez prawnego opiekuna osoby Poszkodowanej)

Imię i nazwisko /Nazwa firmy **AKADEMIA PIŁKI NOŻNEJ GKS TYCHY**Adres zamieszkania / Siedziby **43-100 TYCHY, UL. ANDERSA 22**Kontakt telefoniczny **790 706 149**Mail: **sekretariat@akademiagkstychy.pl**

2. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Adres
korespondencyjny

Kontakt telefoniczny

Mail:

Czy Ubezpieczony jest osobą pełnoletnią? Tak Nie, prosimy podać prawnego opiekuna:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres
korespondencyjnyCzy wyraża Pan/Pani zgodę na przesyłanie korespondencji odnośnie zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (e-mail, sms)? Tak Nie

3. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

Data

Miejsce wypadku:

Okoliczności oraz przebieg wypadku:

Doznane obrażenia ciała:

Nazwa i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku:

Nazwa i adres placówki medycznej prowadzącej leczenie po wypadku:

Dane personalne, specjalizacja oraz adres lekarza prowadzącego leczenie:

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?

Nie - przewidywany termin zakończenia leczenia _____

Tak - data zakończenia leczenia _____

Czy byli świadkowie wypadku? Nie Tak, prosimy podać dane personalne oraz adresy świadków:

Nazwa i adres instytucji prowadzącej sprawę, jeżeli do wypadku doszło w wyniku przestępstwa lub wypadku drogowego, Nr sprawy:

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

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia w przypadku ustalenia odpowiedzialności SIGNAL IDUNA Polska T.U. S.A.

Przelew na rachunek,
nazwa banku, _____

numer konta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

inne: _____

4. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO / POSZKODOWANEGO

Oświadczam, że podane dane w niniejszym zgłoszeniu szkody są prawdziwe.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces likwidacji szkody.

Jestem świadomy, że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych dla sprawy, SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S. A. może zmniejszyć odszkodowanie lub odmówić jego wypłaty.

Jednocześnie upoważniam SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S. A. oraz wszystkie podmioty, działające na rzecz spółki w celu wykonywania zobowiązań wynikających z umów zawartych ze spółką, do wglądu we wszelką dokumentację związaną z niniejszym zdarzeniem, będącą w szczególności w posiadaniu organów Administracji Państwowej i wymiaru sprawiedliwości, placówek medycznych oraz dokonywania z nich niezbędnych odpisów.

Czytelny podpis Poszkodowanego/ prawnego opiekuna

Miejscowość i Data

Potwierdzam, iż w dniu zdarzenia Poszkodowany był objęty ochroną ubezpieczeniową:

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Miejscowość i Data