

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ I POMOCY W PODRÓŻY**

(zastosowanie: Pakiet Ubezpieczeń Osobowych – Opcja VIII, IX; OWU kosztów leczenia za granicą BON VOYAGE – Klauzula 1, 2, 3, 6, 7; Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COMPLEX – Klauzula Umowna 13; OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 12, OWU SAMO ZDROWIE – ubezpieczenie pomocy medycznej w trakcie podróży za granicą)

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I” NINIEJSZEGO FORMULARZA

I. WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ UPRAWNIONY:

1. Ubezpieczający: _____
nazwa instytucji, adres pocztowy, adres e-mail, telefon

2. Ubezpieczony: _____
imię nazwisko, adres pocztowy, data urodzenia, zawód

Uprawiana dyscyplina sportu: _____

Zawód wykonywany: _____

3. Uprawniony: _____
imię nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, seria i numer dowodu, adres e-mail, telefon

4. Seria i numer polisy: _____

5. Okres ubezpieczenia: _____

6. Data i godzina przekroczenia granicy RP: _____

7. Czy koszty leczenia powstały w związku z chorobą, czy na skutek nieszczęśliwego wypadku: _____

8. W przypadku choroby podać rozpoznanie: _____

9. Przy nieszczęśliwych wypadkach podać:

a) czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu? _____

b) w przypadku prowadzenia w chwili wypadku przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego podać numer i kategorię prawa jazdy: _____

c) kto i kiedy udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy? _____

d) opis okoliczności wystąpienia zdarzenia: _____

e) świadkowie zdarzenia: _____

10. Na jakie choroby i gdzie (podać nazwę i adres zakładu leczniczego) Ubezpieczony leczył się przed wyjazdem z RP: _____

