

A. INFORMACJE OGÓLNE

DANE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

Imię, Nazwisko / Nazwa

PESEL / REGON

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Telefon kontaktowy

Adres email

B. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ

DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ (jeśli inne niż dane Ubezpieczonego wskazane w części A Wniosku)

Imię

PESEL

Nazwisko

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Telefon kontaktowy

Adres email

Osoba ubiegająca się o skorzystanie ze świadczeń w związku z nieszczęśliwym wypadkiem*:

Ubezpieczony główny

Małżonek/Partner

Dziecko

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

Godzina wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

Okoliczności i przyczyna nieszczęśliwego wypadku

MIEJSCE WYSTĄPIENIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Nr domu

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?*

Tak

Nie

Adres policji, prokuratury, sądu prowadzącego(cych) postępowanie - jeśli jest prowadzone

D. OBRAŻENIA CIAŁA

OBRAŻENIA CIAŁA ODNIESIONE W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

E. INFORMACJE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU**

Data pobytu w szpitalu

od

do

Nazwa i adres szpitala

F. WNIOSKOWANE ŚWIADCZENIA

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | konsultacja lekarska | <input type="checkbox"/> | rehabilitacja |
| <input type="checkbox"/> | badania | <input type="checkbox"/> | pomoc opiekuńcza |

G. INFORMACJE DODATKOWE

Do zgłoszonej sprawy załączam***:

- X dotychczas zgromadzoną dokumentację medyczną, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem wypadku wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań
- zalecenie Lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub świadczeń dodatkowych
- kartę informacyjną leczenia szpitalnego**
- inne _____

Wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.

H. OŚWIADCZENIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ

- Oświadczam, że wszystkie podane wyżej 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 realizacji świadczenia
- Upoważniam Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce przez podmioty prowadzące działalność leczniczą wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia, o które Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce będzie zapytywać w związku z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Upoważniam Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce do zasięgnięcia informacji w sądzie, prokuratorze policji oraz innych organach i instytucjach w związku z wypadkiem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce.

Miejscowości i data

Podpis osoby ubiegającej się o realizację świadczeń

Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce informuje:

Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu są zbierane na zasadach dobrowolności, w celu rozpatrywania roszczenia i podjęcia decyzji o organizacji świadczeń oraz objęte są tajemnicą i nie będą udostępniane, z wyjątkiem przypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.
Administratorem danych osobowych jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (00-867), ul. Chłodna 51

* prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola

** prosimy wypełnić w przypadku, gdy wypadek spowodował konieczność leczenia szpitalnego

*** wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii

F. WYPEŁNIA PRACOWNIK INTER PARTNER ASSISTANCE

DANE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data przyjęcia zgłoszenia

Nazwisko

--	--	--	--

Godzina przyjęcia zgłoszenia