

Zgłoszenie szkody z grupowego ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce, ul. Królewska 16, 00-103 Warszawa, z dopiskiem „Chubb-dział szkód” lub mailem pod adres: **szkody@chubb.com**

Dane o polisie

1. Nr polisy ubezpieczeniowej: _____
2. Polisa ważna od do:
- | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
- dzień miesiąc rok

Dane osobowe ubezpieczonego

3. Nazwisko i imię: _____
4. Adres: _____
 kod pocztowy miejscowość ulica
5. Adres do korespondencji: _____
6. Numer telefonu do kontaktu: _____
7. adres e- mail: _____
8. Nr PESEL:

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Imiona rodziców

Zawód wykonywany

Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

6. Data nieszczęśliwego wypadku:
- | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
- dzień miesiąc rok
7. Miejsce wypadku: _____

8. Proszę zaznaczyć krzyżykiem rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego:

- zgon trwała niezdolność do pracy czasowa niezdolność do pracy złamanie kości
- trwały uszczerbek na zdrowiu oparzenie ciała śpiączkę pobyt w szpitalu
- osierocenie dziecka pokrycie kosztów pogrzebu koszty przekwalifikowania
- jednoczesną śmierć Ubezpieczonego i jego partnera życiowego koszty pomocy domowej
- pokrycie kosztów dostosowania lub zmiany miejsca zamieszkania wydatki medyczne
- zawał serca udar mózgu inne

9. Szczegółowy opis okoliczności wypadku i powstania obrażeń ciała:

10. Czy policja lub prokuratura prowadzi postępowanie w sprawie zdarzenia? Jeśli tak, proszę podać nazwę i adres jednostki policji lub/i prokuratury oraz sygnaturę akt:

- Tak Nie

11. Czy w chwili wypadku Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających?

- Tak Nie

12. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się przed wypadkiem w okresie ostatnich 5 lat:

13. Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu?

14. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:

15. W przypadku śmierci ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenie:

Forma wypłaty odszkodowania

Należne odszkodowanie należy przekazać przelewem na konto bankowe nr:

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

Nazwa i nr oddziału banku: _____

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: _____

_____ Data i podpis ubezpieczonego

Dane osobowe

Wykorzystujemy Państwa dane osobowe przekazane nam na potrzeby wystawienia polisy, zarządzania polisą, obsługi roszczeń oraz do innych celów związanych z ubezpieczeniem, opisanych szczegółowo w naszej Ramowej Polityce Prywatności dostępnej tutaj: <https://www2.chubb.com/pl-pl/footer/privacy-policy.aspx> Wersję papierową naszej Polityki Prywatności można uzyskać w dowolnym momencie, pisząc na adres: dataprotectionoffice.europe@chubb.com

Oświadczenie

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Wyrażam zgodę na występowanie przez Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce, wobec podmiotów wykonujących działalność leczniczą o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia oraz dotyczących ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, tj. informacji wskazanych w art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. – o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz.U. 2015 poz. 1844).
3. Wyrażam zgodę na udostępnianie przez podmioty udzielające mi świadczeń zdrowotnych na rzecz Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce dokumentacji medycznej na temat stanu mojego zdrowia oraz udzielonych świadczeń medycznych, zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.).
4. Wyrażam zgodę na występowanie przez Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce wobec Narodowego Funduszu Zdrowia i uzyskiwanie z Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
5. Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). upoważniam Crawford Polska sp. z o.o. w Warszawie do występowania w moim imieniu do podmiotów udzielających mi świadczeń zdrowotnych o udostępnienie dokumentacji medycznej na temat stanu mojego zdrowia oraz udzielonych świadczeń medycznych.

Miejscowość: _____

Data: _____

_____ Podpis ubezpieczonego

Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Królewska 16 00-103 Warszawa, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000233686, NIP 1080001001, REGON 140121695, notyfikowany Komisji Nadzoru Finansowego. Chubb European Group SE jest zakładem ubezpieczeń podlegającym przepisom francuskiego kodeksu ubezpieczeń, zarejestrowanym w Rejestrze Działalności Gospodarczej i Rejestrze Spółek (Registres du Commerce et des Sociétés – RCS) w Nanterre pod numerem 450 327 374, z siedzibą we Francji, adres: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francja. Chubb European Group SE posiada kapitał zakładowy w wysokości 896 176 662 EUR, opłacony w całości.