

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA – ZWROT KOSZTÓW LECZENIA**

**WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA**

1. Nr polisy:.....
2. Nr karty PKO BP:.....
3. Imię i nazwisko:.....
4. Data urodzenia:.....
5. Adres zamieszkania: .....  
nr telefonu :.....
6. Data i miejsce wypadku/zachorowania: .....
7. Opis wypadku i rodzaju doznanych obrażeń/zachorowania: .....  
.....  
.....

**8. KOSZTY LECZENIA**

**Lista wydatków poniesionych w związku z leczeniem**

Nr załącznika i opis kosztów	Data badania/zakupu leków	Kwota i waluta

9. Czy w związku z wypadkiem zostały sporządzone raporty policyjne? Jeżeli tak, prosimy o ich załączenie. ....
10. Czy roszczenie dotyczy również Trwałego Inwalidztwa częściowego? .....

Chartis Europe Spółka Akcyjna Oddział w Polsce  
ul. Marszałkowska 111  
00-102 Warszawa, Polska

Tel.: +48 22 528 51 00  
Fax: +48 22 528 52 52



**11.** Czy w związku z wypadkiem/zachorowaniem kontaktował/a się Pan/Pani z Centrum Pomocy Chartis - Travel Guard?                      TAK / NIE

**12.** Dyspozycja wypłaty

Przyznane świadczenie proszę przekazać :

– na rachunek bankowy nr \_\_\_\_\_

nazwa banku .....

właściciel rachunku .....

*albo przekazem pocztowym*

– na adres.....

.....

**Do niniejszego wniosku prosimy o załączenie: oryginałów rachunków za poniesione koszty leczenia oraz zaświadczenia lekarskie zawierającego diagnozę medyczną.**

#### UPOWAŻNIENIE

Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie, pracodawcę oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia Towarzystwu wszystkich niezbędnych informacji dotyczących okoliczności oraz następstw wypadku będącego przyczyną zgłoszenia mojego roszczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie, a w szczególności danych ujawniających mój stan zdrowia, przez Chartis Europe Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111, w celach związanych z działalnością prowadzoną przez Chartis Europe Spółka Akcyjna Oddział w Polsce. Moja zgoda na przetwarzanie danych obejmuje również przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania danych.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności podania danych zamieszczanych w niniejszym dokumencie, o przysługującym mi prawie wglądu do swoich danych oraz prawie do ich poprawiania (zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – Dz. U.n r 133, poz. 883).

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość i data