

DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY INTER Ochrona HIV/WZW

Dane osobowe ubezpieczonego

Nazwisko: Adres do korespondencji:
Imię (imiona):
PESEL: Ulica Nr
Nr telefonu do pracy: Kod pocztowy Miejscowość
do domu: Kraj
komórkowy: Adres e-mail:

Dane dotyczące dokumentu ubezpieczenia (polisy/certyfikatu)

Ubezpieczający:
Seria i numer polisy/certyfikatu ubezpieczenia:

Szczegóły dotyczące szkody

Data zdarzenia/zakucia Miejscowość
Szczegółowy opis zdarzenia/zakucia
.....
.....
.....
.....
.....

Data i miejsce badania na obecność HIV/WZW:

Oświadczenie i podpis osoby występującej z roszczeniem

- | | |
|--|---|
| 1) Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia (roszczeń) wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym | 5) Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej. |
| 2) Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominąłem (pamiętam) żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez ubezpieczyciela. | 6) Przyjmując do wiadomości treść niniejszego formularza zgłoszenia, jestem świadomy, że TU INTER Polska S.A. zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje |
| 3) Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwanych (ego)(ych) w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważniony(a) do działania w ich imieniu; stwierdzam również, że osoby te zostały poinformowane, że TU INTER Polska S.A. nie będzie ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeżeli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom. | 7) Jestem świadom(y)(a) odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces likwidacji szkody. Jestem świadom(y)(a), że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych dla sprawy, TU INTER Polska S.A. może zmniejszyć świadczenie lub odmówić jego wypłaty. |
| 4) Udzielam niniejszym mojej zgody lekarzowi bądź władzom/instytucjom na udostępnienie TU INTER Polska S.A. informacji w zakresie historii choroby dotyczącej mojej osoby. | |

Przyznane świadczenie proszę przekazać:

1. przekazem pocztowym na adres:
2. na złotówkowe konto bankowe (prosimy podać pełną nazwę banku, Oddział, pełny numer rachunku i właściciela rachunku):

Zapoznał(em)(am) się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem:

.....
data oraz imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem

.....
podpis osoby występującej z roszczeniem

Załączniki (do zgłoszenia szkody należy dołączyć):

1. kserokopię protokołu z wypadku (bądź oświadczenie, że nie był spisywany),
2. kserokopię karty poekspozycyjnej,
3. kserokopię badań wskazujących stan serologiczny,
4. kserokopię wszelkiej innej dokumentacji medycznej mającej związek z przedmiotowym zdarzeniem,
5. oryginały rachunków za przeprowadzone badania poekspozycyjne,
6. oryginały rachunków za leki antyretrowirusowe (jeżeli były zakupione),
7. informację kto opłacił ww. rachunki, prosimy kserokopię stosownego dokumentu potwierdzającego ww. fakt,
8. kserokopię umowy łączącej z Placówką, na zlecenie której była świadczona praca mająca związek z przedmiotowym zdarzeniem,
9. inne dokumenty potwierdzające zasadność zgłaszanego roszczenia.