

XI. Szkic sytuacyjny miejsca i przebiegu zdarzenia

XII. Świadkowie zdarzenia:

☐ nie ☐ tak, dane kontaktowe:

1. _____ (imię i nazwisko) _____ (nr telefonu) _____ (adres e-mail)

2. _____ (imię i nazwisko) _____ (nr telefonu) _____ (adres e-mail)

XIII. Powiadomienie służb ratunkowych: ☐ nie ☐ tak

☐ pogotowie ratunkowe ☐ straż pożarna ☐ policja - numer zdarzenia _____ nazwa i adres jednostki:

_____ (nazwa)

_____-_____-_____- (kod pocztowy) _____ (miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

XIV. Kto udzielał Poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej (jeśli na miejscu zdarzenia nie było pogotowia ratunkowego)

XV. Nazwa i adres zakładu opieki medycznej, w którym Poszkodowany leczyl się po wypadku

_____ (nazwa zakładu)

_____-_____-_____- (kod pocztowy) _____ (miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

XVI. Obrażenie i/lub rozstrój zdrowia odniesione w wyniku zdarzenia:

☐ leczenie zostało zakończone ☐ leczenie nie zakończone i wciąż trwa

XVII. Oświadczenia Poszkodowanego / Uprawnionego / Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

Oświadczam, że:

☐ z tytułu szkody będącej przedmiotem niniejszego zgłoszenia, nie ubiegałem się i nie ubiegam o odszkodowanie w ramach realizacji w innym towarzystwie ubezpieczeniowym

☐ wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji w sprawie zgłoszonej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej

☐ zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach na podstawie Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z późn. zm.), związanych z wyrażeniem zgody, w tym o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, oraz o celu, w jakim dane te są przekazywane. EUROINS z siedzibą w Sofii 1592, Christopher Columbus blvd, 43 (Eurohold Business Centre) informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane i przetwarzane w związku z postępowaniem likwidacyjnym.

Zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody / uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia i wyrażam zgodę na udostępnienie EUROINS dokumentacji z mojego leczenia.

Wszelkie informacje zamieszczone w niniejszym formularzu, zostały podane jako zgodne ze stanem faktycznym i według najlepszej wiedzy:

_____ (miejscowość) _____ (data RRRR-MM-DD) _____ (czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie)

(potwierdzenie autentyczności podpisu)
przez przedstawiciela EUROINS