

5. Data i miejsce wypadku/ data ujawnienia choroby 10.10.2013r. na podwórku

6. Data zgonu _____ Czy została wykonana sekcja zwłok: _____

7. 1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco) _____

Dziecko podczas zabawy na podwórku, przewróciło się i złamało prawa rękę

2) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie _____

8. Czy narząd (-y) opisane w pkt. 7 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby NIE

9. Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu NIE

10. Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu NIE

samochodu motocyklu roweru inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia _____

11. Jeżeli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie karne lub cywilne, proszę podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji, prokuratury lub sądu, nr sprawy _____

12. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku _____

Oddział Chirurgii Dziecięcej, ul. Szpitalna 1, 82-300 Elbląg

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem lub oryginał do wglądu.

13. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczył się _____

Poradnia Chirurgii Dziecięcej, ul. Lecznicza 1, 82-300 Elbląg

14. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone TAK

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia _____

15. Czy w związku z wypadkiem lub chorobą Ubezpieczony przebywał w szpitalu NIE

Jeżeli tak, proszę podać okres pobytu w szpitalu _____

16. Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia NIE

Jeżeli tak, proszę podać numer polisy _____

17. Do zgłoszenia roszczenia dołączono (- właściwie zaznaczyć „x”):

- kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego (-ych),
- w przypadku wypadku komunikacyjnego – kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu,
- raporty policyjne dotyczące wypadku, jeżeli zostały sporządzone lub kopia dokumentów z postępowania organów dochodzeniowych,
- karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,
- historia choroby z placówki medycznej prowadzącej leczenie,