



POLSKIE  
TOWARZYSTWO  
UBEZPIECZEŃ S.A.

# Zgłoszenie szkody Ubezpieczenie kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków za granicą

pieczęć PTU S.A.

Nr szkody

## Ubezpieczony

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania  
(ulica, miejscowość,  
kod, województwo)

Data i miejsce urodzenia

Telefon

## Ubezpieczający

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres zamieszkania / siedziba  
(ulica, miejscowość,  
kod, województwo)

Data i miejsce urodzenia

Telefon

## Uprawniony (w przypadku śmierci Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania  
(ulica, miejscowość,  
kod, województwo)

## Polisa

seria

Nr

Data wystawienia

dzień

miesiąc

rok

Okres ubezpieczenia

od

dzień

miesiąc

rok

do

dzień

miesiąc

rok

Data wyjazdu z Polski

dzień

miesiąc

rok

Data powrotu

dzień

miesiąc

rok

Data wypadku

od

dzień

miesiąc

rok

Godzina wypadku

Miejsce wypadku  
(kraj, miejscowość)

Opis okoliczności  
wypadku, przebieg  
choroby i leczenia

**Świadkowie zdarzenia**

Imię i nazwisko

Nr dow. tożs.

Adres zamieszkania  
(ulica, numer domu,  
kod pocztowy, miejscowość,  
województwo)

  


Imię i nazwisko

Nr dow. tożs.

Adres zamieszkania  
(ulica, numer domu,  
kod pocztowy, miejscowość,  
województwo)

  


**Nazwa placówki służby  
zdrowia, w której leczyl  
się Ubezpieczony**

Czas trwania leczenia Ubezpieczonego

od

dzień

miesiąc

rok

do

dzień

miesiąc

rok

Czy zdarzenie związane  
było z

wykonywaniem pracy zarobkowej

wyczynowym uprawianiem sportu

innymi przyczynami

Czy w momencie powstania szkody Ubezpieczony był trzeźwy?

Koszty leczenia zostały pokryte

  
  

osobiście przez Ubezpieczonego

przez komisarza awaryjnego PTU S.A.

przez znajomego lub członka rodziny

(podać imię i nazwisko)

Jeżeli koszty leczenia zostały pokryte przez Ubezpieczonego, jego znajomego lub członka rodziny, prosimy o informację, w jaki sposób PTU S.A. ma dokonać ich zwrotu

  
  

odbiór gotówki w kasie Oddziału

przekazem pocztowym na adres

przelewem bankowym na konto

Do kogo zgłaszane było zdarzenie za granicą (podać nazwę placówki)

Czy był(a) Pan(i) uprawniony(a) do korzystania ze świadczeń publicznej służby zdrowia kraju, w którym zaistniało zachorowanie?

(jeśli tak, podać na jakiej podstawie)

Czy przed wyjazdem chorował(a) Pan(i)? Na co i gdzie Pan(i) się leczył(a)?

(podać nazwę i adres przychodni lekarskiej)

Czy w związku z tym zdarzeniem przysługuje Panu(i) świadczenie z tytułu innej umowy ubezpieczenia?

(jakiej?)

Podać udokumentowane wydatki stanowiące roszczenie Ubezpieczonego związane z kosztami leczenia za granicą

Razem wysokość kosztów leczenia (wg rachunków)

Załączona dokumentacja lekarska

Niniejszym stwierdzam, że powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Każde niezgodne z prawdą oświadczenie lub inne działanie mające na celu wprowadzenie w błąd PTU S.A. może spowodować utratę prawa do uzyskania świadczenia.

Potwierdza się zgodność danych w zgłoszeniu z polisą

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczonego

Miejscowość i data

Podpis przedstawiciela PTU S.A.