



15. Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? **Tak** **Nie**

16. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed wypadkiem: .....

17. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się po wypadku: .....

18. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu: .....

19. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji,  
na który sprawa została zgłoszona: .....

20. Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorie prawa jazdy: .....

21. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej? .....

22. Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja? **Tak** **Nie**  
(jeśli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany) .....

23. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy: .....

24. W przypadku śmierci Ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenia: .....

#### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU EUROPA SA dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
3. Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU EUROPA SA dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

## FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotowe konto bankowe nr:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Nazwa i nr oddziału banku: .....

Nazwisko i imie właściciela konta bankowego: .....

.....  
\*Data i podpis Ubezpieczającego/  
/pracownika biura podróży

.....  
Data i podpis Ubezpieczonego

## WSTĘPNE ORZECZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)

1. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia: □□ □□ □□□□ □□  
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

2. Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem (po polsku):

.....  
.....  
.....  
.....

3. Podać nazwy zakładów leczniczych, w których Ubezpieczony leczył się po wypadku:

.....  
.....  
.....  
.....

4. Przewidywany okres leczenia i rehabilitacji: .....

5. Kiedy należy skierować Ubezpieczonego na końcowe badanie lekarskie? .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza