

# Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wypadek

## Ubezpieczony

Imię

Nazwisko

Rodzaj identyfikatora

Identyfikator (PESEL)

Data urodzenia

PESEL

PEP

## Identyfikacja osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe

Imię

Nazwisko

Rodzaj identyfikatora

Identyfikator (PESEL)

Data urodzenia

PESEL

Telefon

E-mail

PEP

Adres korespondencyjny

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

**simplea.**

Adres do korespondencji:  
Żwirki i Wigury 16A  
02-092 Warszawa

zgloszenie.zdarzenia@simplea.pl  
www.simplea.pl  
+48 22 100 99 44

## Opis zdarzenia ubezpieczeniowego

Data zdarzenia

Data pierwszej wizyty u lekarza

Proszę opisać, w jaki sposób doszło do wypadku


Czy doszło do wypadku pod wpływem alkoholu lub środków odurzających lub psychotropowych?

Tak Nie

Czy policja prowadziła dochodzenie w sprawie tego zdarzenia?

Tak Nie

Proszę o wprowadzenie danych kontaktowych policji, prowadzącej dochodzenie w sprawie zdarzenia

 Proszę dołączyć raporty z policji.


Czy do wypadku doszło podczas uprawiania sportu?

Tak Nie

Proszę określić rodzaj sportu

Czy do wypadku doszło przy wypadku komunikacyjnym?

Tak Nie

 Proszę dołączyć wspólne oświadczenie o zdarzeniu drogowym/raport policyjny.

Czy do wypadku doszło przy pracy?

Tak Nie

 Proszę dołączyć dokumenty potwierdzające wypadek przy pracy.

Proszę wypełnić informacje o zatrudnieniu, podczas którego doszło do zdarzenia

Czy doszło do hospitalizacji?      Tak      Nie

Data rozpoczęcia hospitalizacji      Data zakończenia hospitalizacji      Nadal trwa

**i** Proszę o dołączenie dokumentacji medycznej i karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

Czy doszło do hospitalizacji na OIOM?      Tak      Nie

Czy w związku ze zdarzeniem wystawiono zwolnienie lekarskie?      Tak      Nie

Data rozpoczęcia      Data zakończenia      Nadal trwa

**i** Proszę dołączyć kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej niezdolność do pracy (wydane zwolnienie lekarskie).

Czy przeprowadzono operację?      Tak      Nie

Proszę o uzupełnienie informacji o operacji

**i** Proszę o dołączenie raportów medycznych związanych z operacją.

Czy zastosowano leczenie specjalistyczne?      Tak      Nie

Proszę o uzupełnienie informacji o leczeniu specjalistycznym

**i** Proszę o dołączenie zaświadczeń lekarskich dotyczących leczenia specjalistycznego.

Czy wypadek spowodował trwałe uszczerbek na zdrowiu?      Tak      Nie

Proszę o sprecyzowanie, jaki trwałe uszczerbek jest wynikiem wypadku (nazwa części ciała, łącznie z oznaczeniem prawy lub lewy)

Czy leczenie zostało  
zakończone?

Tak Nie

Data zakończenia leczenia

Czy zostało wydane  
orzeczenie o  
niepełnosprawności przez  
ZUS?

Tak Nie



Proszę dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności przez ZUS.

Czy wystawiono orzeczenie  
o niezdolności do  
samodzielnej egzystencji  
przez ZUS?

Tak Nie



Proszę o dołączenie kopii orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji przez ZUS.

Czy potrzebne są Usługi  
Assistance?

Tak Nie



Proszę o kontakt z naszym partnerem Mondial na tel: +48 22 591 95 70.

## Rachunek bankowy do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych

Numer rachunku

Właścicielem tego rachunku bankowego jest Ubezpieczający

## Prosimy o wypełnienie, jeżeli Ubezpieczający nie jest właścicielem rachunku bankowego

Imię

Nazwisko

Związek z Ubezpieczającym

Podpis Ubezpieczającego

## Oświadczenie

Podpisując niniejszy formularz, zaświadczam, że podane informacje są prawdziwe, kompletne i prawidłowe.

Data

Podpis osoby zgłaszającej zdarzenie ubezpieczeniowe