

Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej OC komunikacyjne Inne

Numer szkody: _____

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

I. DATA I MIEJSCE SZKODY

Data _____ Godzina ____ min. ____

Miejsce szkody Kraj _____ Miejscowość _____

2. DANE SPRAWCY SZKODY

Imię i nazwisko _____

Adres _____

Marka pojazdu _____ Numer rejestracyjny _____ Nr polisy OC _____

Imię i nazwisko kierującego pojazdem _____

Adres _____

3. DANE POSZKODOWANEGO

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____

Status zawodowy Uczeń / student Bezrobotny Emeryt Rencista Czynny zawodowo, zawód _____

Stanowisko _____ Nazwa i adres zakładu pracy _____

Telefon ____ / _____ Telefon komórkowy _____ E-mail _____

Stan cywilny _____

4. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

Posiadacz rachunku _____ PESEL _____

Nazwa banku _____

Numer rachunku _____

5. DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH (JEŻELI POSZKODOWANY JEST OSOBĄ NIEPEŁNOLETNIA)

Imię i nazwisko matki _____ PESEL _____

Imię i nazwisko ojca _____ PESEL _____

Adres _____ Telefon _____

E-mail _____

Podpis czytelny ojca _____ Podpis czytelny matki _____

6. DANE DOTYCZĄCE DOCHODZENIA

Wypadek zgłoszono Policji Tak Nie Nazwa i adres jednostki Policji _____

Sprawa prowadzona jest przez Prokuraturę Tak Nie Nazwa i adres Prokuratury _____

Numer sprawy _____

Prowadzone jest postępowanie karne w Sądzie Tak Nie Nazwa i adres Sądu _____

Numer sprawy _____

7. ŚWIADKOWIE WYPADKU

Imię i nazwisko _____ Telefon _____

Adres z kodem pocztowym _____

Imię i nazwisko _____ Telefon _____

Adres z kodem pocztowym _____ E-mail _____

8. OPIS WYPADKU

Okoliczności i przyczyna wypadku _____

9. SZKIC SYTUACYJNY MIEJSCA ZDARZENIA

10. POSZKODOWANY

Poszkodowany był: Osobą poza pojazdem np. pieszy, rowerzysta Pasażerem pojazdu sprawcy Pasażerem innego pojazdu nr rejestracyjny _____

Imię i nazwisko właściciela pojazdu _____ Telefon _____

Adres z kodem pocztowym _____ E-mail _____

Imię i nazwisko kierującego _____ Telefon _____

Adres z kodem pocztowym _____

Przewóz pojazdem, w którym znajdował się poszkodowany pasażer miał charakter

Grzecznościowy Odpłatny Inny, jaki? _____

11. ZAKRES OBRAŻEŃ

Zakres odniesionych w wyniku wypadku obrażeń ciała: _____

Kto, gdzie i kiedy udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej _____

Poszkodowany leczyl się Ambulatoryjnie Stacjonarnie Leczenie zostało zakończzone Tak Nie Przewidywany termin zakończenia leczenia _____

W związku z doznanyimi obrażeniami powstała niezdolność do pracy / nauki Tak, w jakim okresie _____ Nie

Schorzenia istniejące przed wypadkiem _____

W wyniku wypadku nastąpiła śmierć poszkodowanego Tak, data zgonu _____ Nie

12. INFORMACJE DODATKOWE

Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających Tak Nie

Wypadek był jednocześnie wypadkiem przy pracy Tak Nie

Poszkodowany Otrzymał świadczenie ZUS z tytułu _____ Nie otrzymał żadnego świadczenia Nie ubiega się o świadczenie z ZUS

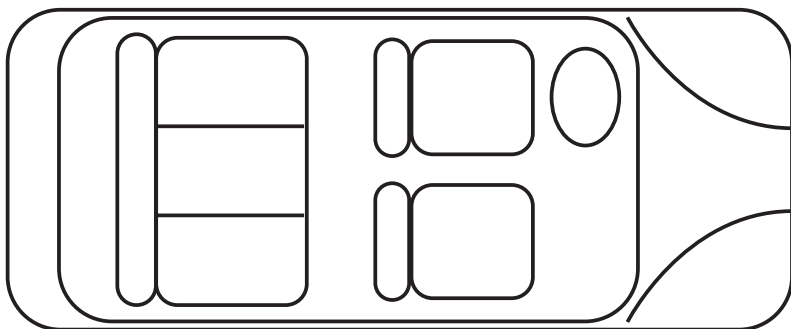
Poszkodowany w związku z przedmiotowym wypadkiem ubiega się o świadczenie odszkodowawcze u innego ubezpieczyciela

Tak, rodzaj ubezpieczenia _____ Ubezpieczający _____

Nie

Poszkodowany w chwili zdarzenia był zapięty pasami bezpieczeństwa Tak Nie

Prosimy o zaznaczenie na poniższym rysunku miejsca, w którym poszkodowany znajdował się w pojeździe w chwili zdarzenia.



13. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na informowanie mnie o przebiegu procesu likwidacji szkody, w tym o dokumentach niezbędnych do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia oraz o podjętej decyzji za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Tak Nie Adres e-mail _____

UWAGA! Prosimy o sporządzenie na osobnej kartce specyfikacji roszczeń związanych z zaistniałym zdarzeniem

data _____ miejscowość _____ podpis zgłaszającego szkodę _____

14. ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI

Wyrażam zgodę w trybie art. 23 w zw. z art. 22 ust. 1 i 3 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013, poz. 950, z późn. zm.) na udostępnianie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych spółce działającej pod firmą Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group lub jej przedstawicielowi informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci,

Data _____ czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę: _____

Informacje od Administratora Danych Osobowych

Zgodnie z art. 24. I. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
- 2) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 3) Pana/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 4) Pana/Pani dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie postanowień ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013, poz. 950, z późn. zm.),
- 5) Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazywane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także, jeżeli wyraził Pan/wyraziła Pani na to zgodę, podmiotom (nazwy i adresy podmiotów są umieszczone na stronie internetowej www.compensa.pl), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

Załącznik Nr I do zgłoszenia szkody na osobie
Specyfikacja roszczeń związanych z wypadkiem wraz z wartością szacunkową
z dnia ____-____-____

Poszkodowany _____

data ____-____-____

miejsowość

podpis zgłaszającego szkodę