

## Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

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

POLISA typ \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie  Imienne  Bezimienne

### 1. DATA I MIEJSCE WYPADKU

Data \_\_\_\_\_ Godzina \_\_\_\_ min. \_\_\_\_

Miejsce wypadku \_\_\_\_\_

### 2. UBEZPIECZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczętka) \_\_\_\_\_ Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

Telefon / faks / e-mail \_\_\_\_\_ podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej

### 3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon / faks / e-mail \_\_\_\_\_ Poszkodowany jest zawodnikiem klubu  Tak  Nie

Imię i nazwisko właściciela konta \_\_\_\_\_

Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

### 4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH OBRAŻEŃ

Dokładny opis \_\_\_\_\_

### 5. RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

### 6. DODATKOWE INFORMACJE

Czy na miejsce zdarzenia wzywana była Policja?  Tak  Nie Jednostka Policji \_\_\_\_\_

Poszkodowany był trzeźwy w chwili wypadku  Tak  Nie Przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy \_\_\_\_\_

Jeżeli ubezpieczony uległ wypadkowi podczas prowadzenia pojazdu - podać nr i kategorii Prawa Jazdy / Karty Rowerowej \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przekazywanie Ubezpieczycielowi przez odpowiednie placówki medyczne / lekarzy informacji i dokumentacji medycznej zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408)

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późn zm.) informujemy, że Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani / Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

#### UWAGA!

Obowiązkowo należy załączyć do zgłoszenia szkody - kartę informacyjną lub inny dokument z placówki medycznej z opisem obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem i datą wypadku.

data \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_ podpis Poszkodowanego

\_\_\_\_\_ podpis przedstawiciela Compensy