

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 (pieczęć) _____

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 OBRAŹEŃ

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