

Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej OC komunikacyjne Inne

Numer szkody: _____

Wypełnić granatowym lub czarnym długopisem, drukowanymi literami, pola wyboru oznaczyć znakiem „X”

1. 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 _____

Nazwa banku _____

Numer rachunku _____

5. Dane opiekunów prawnych (jeżeli poszkodowany jest osobą niepełnoletnią)

Imię i nazwisko matki i ojca _____

Adres _____ Telefon _____

Nr rachunku bankowego i nazwa banku, na który należy przekazać odszkodowanie _____

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. Świadcowie wypadku

Imię i nazwisko _____ Telefon _____

Adres z kodem pocztowym _____

Imię i nazwisko _____ Telefon _____

Adres z kodem pocztowym _____

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 _____

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: _____

cd zakres odniesionych w wyniku wypadku obrażeń ciała: _____

Kto, gdzie i kiedy udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej _____

Poszkodowany leczyl się Ambulatoryjnie Stacjonarnie Leczenie zostało zakończone 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

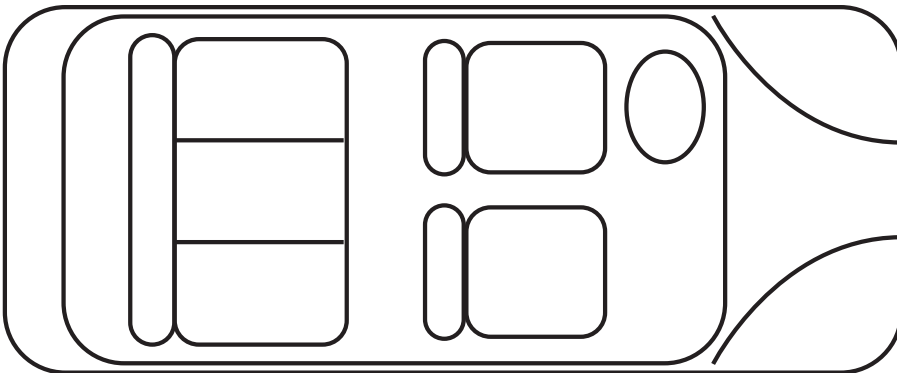
Poszkodowany w związku z przedmiotowym wypadkiem ubiega się o świadczenie odszkodowawcze u innego ubezpieczyciela

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.



Wyrażam zgodę na przekazywanie Ubezpieczycielowi przez odpowiednie placówki medyczne / lekarzy informacji i dokumentację medyczną 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 Polski Związek Motorowy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą 02-342 Warszawa, Al Jerolimskie 162 A w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani / Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

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

data _____

_____ miejscowość

_____ podpis zgłaszającego szkodę

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