

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 doznanymi 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

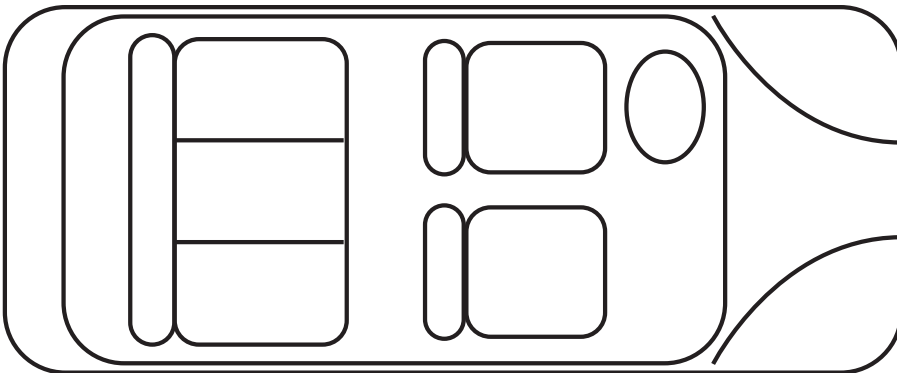
Poszkodowany w związku z przedmiotowym wypadkiem ubiega się o świadczenie odszkodowawcze u innego ubezpieczyciela

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 Jeruzolimskie 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