



ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ* / RZECZOWEJ*
Z TYTUŁU ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OGÓLNEJ

Poszkodowany :
/imię i nazwisko wraz z adresem/

.....
/nr telefonu/ /data urodzenia/ /pesel/ /nr dowodu osobistego/

Opiekun prawny- gdy Poszkodowany jest nieletni :
/imię i nazwisko/

.....
/adres/ /pesel/ /nr dowodu osobistego/

Seria i nr polisy Okres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia Zakres ubezpieczenia

/delikt, kontrakt, , produkt, /

Data zdarzenia : Miejsce zdarzenia

/rok, miesiąc, dzień, godzina/

Czy poszkodowany w chwili zdarzenia był trzeźwy ?

Dane sprawcy zdarzenia (jeśli są znane):

Imię i nazwisko/ nazwa, adres/ siedziba firmy

Poszkodowany jest: osobą trzecią*/ pracownikiem* / krewnym* w stosunku do ubezpieczonego.

Sprawca zdarzenia był w chwili wypadku trzeźwy: TAK* / NIE* / NIE BADANO* / NIE WIEM*

W jakim stopniu poszkodowany przyczynił się do powstania szkody?

Czy w świetle przepisów prawa sprawca czuje się odpowiedzialny za powstanie szkody, a jeśli nie, to kto za nią ponosi odpowiedzialność?

Czy przedmiotowa szkoda była zgłoszona z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w innym zakładzie ubezpieczeń? Jeżeli tak - prosimy podać nazwę zakładu ubezpieczeń

Przyczyny, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco) :

Rodzaj obrażeń ciała (podać dokładnie i wyczerpująco) :

Kiedy udzielono Poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku?

w dniu wypadku,

- następnego dnia,
- 2-7 dnia po wypadku,
- po upływie 7 dni od wypadku.

Kto i gdzie udzielił Poszkodowanemu pomocy bezpośrednio po wypadku ?

- pogotowie ratunkowe, podać nazwę i adres
- przychodnia, podać nazwę i adres
- szpital, podać nazwę i adres
- inny podmiot, podać nazwę i adres
- brak

Podać nazwę zakładu leczniczego, w którym Poszkodowany leczy(ł) się po wypadku :

Przewidywany termin zakończenia leczenia, zawód

Miejsce pracy, okres niezdolności do pracy

Czy poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym oraz czy w związku ze zgłoszonym wypadkiem otrzymał rentę?

Czy wypadek zgłoszono na policji ?

/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/

Świadcowie wypadku (imię, nazwisko, adres) :

Wyszczególnienie uszkodzonego mienia wraz ze szczegółową ich charakterystyką (wartość i rok nabycia)

Zgłaszam roszczenia o odszkodowanie w wysokości:

Załączniki : **

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kserokopia kartoteki choroby, | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z pogotowia ratunkowego, |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie od lekarza leczącego, | <input type="checkbox"/> karta informacyjna ze szpitala, |
| <input type="checkbox"/> kserokopie zwolnień lekarskich, | <input type="checkbox"/> szkic sytuacyjny z miejsca powstania szkody, |
| <input type="checkbox"/> inne..... | |

Należne mi odszkodowanie proszę przelać na konto osobiste w Banku
nr

Zostałem poinformowany, że wysokość świadczenia związana ze szkodą na osobie zostanie ustalona po zakończeniu leczenia i uzyskaniu przez CONCORDIA POLSKA TUW orzeczenia komisji lekarskiej. Oświadczam, iż na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą i wg najlepszej wiedzy.

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Towarzystwo od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz innych zakładów ubezpieczeń informacji/udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz.883 ze zmianami) informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez CONCORDIA POLSKA Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą 61-119 Poznań, ul. św. Michała 43 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

.....
/miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę/

.....
/data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela
CONCORDIA POLSKA TUW

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć znakiem "x"