

Zgłoszenie szkody osobowej z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej



INFOLINIA I ZGŁASZANIE SZKÓD w Polsce: tel. 22 469 69 69

Nr szkody SLS

Data i miejsce wypadku

Miejsce wypadku

Data i godzina wypadku

Dzień

Miesiąc

Rok

Godzina

:

Data zgłoszenia roszczenia odszkodowawczego

Dzień

Miesiąc

Rok

Dane o ubezpieczeniu sprawcy szkody

Rodzaj ubezpieczenia

Nr polisy

Seria

Numer

Ubezpieczający

Imię

Nazwisko

Nr PESEL

REGON

Nazwa instytucji

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon

Adres e-mail

Ubezpieczony

Imię

Nazwisko

Nr PESEL

REGON

Nazwa instytucji

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon

Adres e-mail

Poszkodowany/ uprawniony

Imię

Nazwisko

Stan cywilny

Nr PESEL

REGON

Zawód wyuczony

Zawód wykonywany

Nazwa instytucji

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon

Adres e-mail

Opiekun prawny

Imię

Nazwisko

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Nr PESEL

Telefon

Adres e-mail

Sprawca wypadku

Imię	Nazwisko	
Nr PESEL	REGON	
Nazwa instytucji		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	
Marka pojazdu	Nr rejestracyjny	
Nr prawa jazdy	Kategoria prawa jazdy	
Wydane przez		

Jednostka obecna na miejscu zdarzenia

Czy na miejscu zdarzenia obecna była (proszę o wpisanie adresu jednostki obecnej na miejscu zdarzenia)?

<input type="checkbox"/> Policja	Adres
<input type="checkbox"/> Straż miejska	Adres
<input type="checkbox"/> Straż pożarna	Adres
<input type="checkbox"/> Pogotowie ratunkowe	Adres
<input type="checkbox"/> Inne (jaka instytucja?)	Adres

Świadkowie zdarzeniaCzy na miejscu zdarzenia obecni byli świadkowie? Nie Tak

Imię	Nazwisko	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	
Adres e-mail	Telefon kontaktowy	
Imię	Nazwisko	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	
Adres e-mail	Telefon kontaktowy	

Opis wypadku

Dokładny opis zdarzenia (miejsce, data, godzina, okoliczności, przebieg, przyczyna)

Szkic sytuacyjny

Informacje dodatkowe**Informacje dodatkowe wypełniają wyłącznie osoby poszkodowane w wypadkach komunikacyjnych**

Poszkodowany był (zaznaczyć właściwe)

- Osobą poza pojazdem (np. pieszy, rowerzysta)
- Pasażerem pojazdu wymienionego w pkt. III 5
- Pasażerem pojazdu innego, niż wymieniony w pkt. III 5
- Kierującym innym pojazdem nie będącym jego własnością
- Kierującym pojazdem posiadacz innego pojazdu

Jeżeli poszkodowany był pasażerem pojazdu innego niż wymieniony jako sprawca wypadku, prosimy o następujące informacje

Rodzaj i marka pojazdu

Nr rejestracyjny

Właściciel pojazdu

Imię

Nazwisko

Nr PESEL

Telefon kontaktowy

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kierujący pojazdem

Imię

Nazwisko

Nr PESEL

Telefon kontaktowy

Nr prawa jazdy

Kategoria prawa jazdy

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Przewóz pojazdem, w którym znajdował się poszkodowany pasażer, miał charakter

- grzecznościowy (bezpłatny, bezumowny, dobrowolny)
- odpłatny
- inny, sprecyzować jaki _____

Opis wypadku

Obrażenia i/lub rozstrój zdrowia odniesione w wypadku

Czy w wyniku wypadku nastąpiła śmierć poszkodowanego? Nie Tak

Data zgonu

Dzień

Miesiąc

Rok

Kto i kiedy udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?

Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej, w którym poszkodowany leczył się po wypadku

Czy w związku z doznanymi obrażeniami powstała niezdolność do pracy lub nauki? Nie Tak

w okresie _____ - _____ - _____
Dzień Miesiąc Rok Dzień Miesiąc Rok

Informacje dodatkowe

Czy poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających Nie Tak

Czy wypadek był jednocześnie wypadkiem przy pracy? Nie Tak

Poszkodowany / uprawniony

otrzymał świadczenie z ZUS w wysokości _____

z tytułu _____

nie otrzymał żadnego świadczenia z ZUS

nie ubiegał się o świadczenie z ZUS

Stan zdrowia i ewentualne schorzenia istniejące przed wypadkiem

W przypadku orzeczenia przed wypadkiem uszkodzku na zdrowiu podać: a) uszkodzony organ, narząd lub układ; b) rodzaj uszkodzenia; c) stopień orzeczonego uszkodzku na zdrowiu

Oświadczenie Ubezpieczającego

Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Przyjmuję do wiadomości, że podanie niezgodnych z prawdą lub niepełnych informacji może spowodować skutki prawne.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie w treści niniejszego zgłoszenia do celów marketingowych przez Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie w treści niniejszego zgłoszenia do celów marketingowych przez podmioty współpracujące z Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach na podstawie Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z późn. zm.), związanych z wyrażeniem zgody, w tym o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, oraz o celu, w jakim dane te są przekazywane.

Gothaer Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 22A informuje, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane i przetwarzane w związku z postępowaniem likwidacyjnym.

Zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody / uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia i wyrażam zgodę na udostępnienie Gothaer TU S.A. dokumentacji z mojego leczenia.

Zgłaszający szkodę

Imię _____ Nazwisko _____

Nr PESEL _____ Telefon kontaktowy _____ Adres e-mail _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

Stosunek do poszkodowanego/uprawnionego

Data i czytelny podpis zgłaszającego szkodę

Data i podpis przyjmującego zgłoszenie