

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA 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 _____

3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY

podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej

Imię i nazwisko _____

Adres z kodem pocztowym _____

PESEL ____-____-____-____-____-____ Telefon / faks / e-mail _____

Poszkodowany jest zawodnikiem klubu ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko właściciela konta _____

PESEL ____-____-____-____-____-____

Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie _____

4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH OBRAŹEŃ

Dokładny opis _____

5. RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI

Imię i nazwisko ojca _____ PESEL ____-____-____-____-____-____

Imię i nazwisko matki _____ PESEL ____-____-____-____-____-____

Adres z kodem pocztowym _____

E-mail _____

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 kategorię Prawa Jazdy / Karty Rowerowej _____

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 _____

7. OŚWIADCZENIE W SPRAWIE PRZEKAZYWANIA DANYCH OSOBOWYCH PROFESJONALNYM PODMIOTOM, KTÓRE ZAJMUJĄ SIĘ LIKWIDACJĄ SZKÓD

W związku z tym, że likwidacja szkody wymaga współpracy Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z innymi, profesjonalnymi podmiotami, zgodnie z art. 23.1.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie i przekazywanie przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, niezbędnych w procesie likwidacji szkody, innym podmiotom prawa polskiego, którym Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group zleca czynności ubezpieczeniowe w postaci usług w zakresie likwidacji szkód.

Data ____-____-____

czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę:

Informacje od Administratora Danych Osobowych

Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
- 2) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 3) Pana/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 4) Pana/Pani dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie postanowień ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.),
- 5) Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazywane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także, jeżeli wyraził Pan/wyraziła Pani na to zgodę, podmiotom (nazwy i adresy podmiotów są umieszczone na stronie internetowej www.compensa.pl), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 526 02 14 686, Kapitał zakładowy: 143.985.157,00 zł - opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00, 801 120 000