

## Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA typ 184 nr 1038003

Ubezpieczenie  Imienne  Bezimienne

### 1. DATA I MIEJSCE WYPADKU

Data \_\_\_\_\_ Godzina \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ Miejsce wypadku \_\_\_\_\_

### 2. UBEZPIEZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczętka) SZKOŁA PODSTAWOWA W KRZECZYŃNIE WIELKIM

Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową

Adres z kodem pocztowym KRZECZYŃNIE WIELKI 9, 59-311 LUBIN

Telefon / faks / e-mail 76 840 87 04

### 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 OBRAŹEN

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 kategorie 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 Compensa \_\_\_\_\_

### 7. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na informowanie mnie o przebiegu procesu likwidacji szkody, w tym o dokumentach niezbędnych do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia oraz o podjętej decyzji za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Tak  Nie Adres e-mail \_\_\_\_\_

### 8. 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 (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182, 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 (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), 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 (tekst jednolity: Dz.U. 2013, poz. 950, 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](http://www.compensa.pl)), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

### 9. ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI

Wyrażam zgodę w trybie art. 23 w zw. z art. 22 ust. 1 i 3 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013, poz. 950, z późn. zm.) na udostępnianie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych spółce działającej pod firmą Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group lub jej przedstawicielowi informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci,

Data \_\_\_\_\_

czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę: