

Zgłoszenie szkody osobowej z polisy Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (obrażenia ciała)

Data zdarzenia		Numer polisy		Data zgłoszenia	
Godzina zdarzenia		Numer szkody			
Miejsce zdarzenia					



Dane osoby poszkodowanej zgłaszającej roszczenie

Imiona i nazwisko osoby poszkodowanej w wypadku:			
PESEL:		Telefon osoby poszkodowanej:	
Telefon kontaktowy:			
Adres zameldowania osoby poszkodowanej:			
Ulica:		Numer budynku:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		
Adres korespondencyjny osoby poszkodowanej (jeżeli inny niż zameldowania):			
Ulica:		Numer budynku:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		
Osoba poszkodowana była:			
☐ kierowcą ubezpieczonego pojazdu		☐ pasażerem ubezpieczonego pojazdu	
Proszę wymienić rodzaj urazów doznanych przez osobę poszkodowaną:			
Data udzielenia osobie poszkodowanej pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku:			
Nazwa i adres jednostki udzielającej osobie poszkodowanej pierwszej pomocy medycznej:			
Czy poszkodowany zakończył leczenie urazów doznanych w wypadku? ☐ Tak ☐ Nie			
Jeżeli nie, prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia:			



Dane innych osób związanych ze zdarzeniem

Dane osoby zgłaszającej szkodę (jeśli jest nią inna osoba niż poszkodowany):			
Imiona i nazwisko:		PESEL:	
Ulica:		Numer budynku:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		
Telefon komórkowy:			
Dane osoby kierującej ubezpieczonym pojazdem w chwili zdarzenia (jeżeli inna niż poszkodowany):			
Imiona i nazwisko:		PESEL:	
Ulica:		Numer budynku:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		
Telefon komórkowy:			



Dane ubezpieczonego pojazdu

Marka / Model:	Numer rejestracyjny:
Ile osób było w pojeździe oprócz poszkodowanego?	Ile z tych osób zostało poszkodowanych?



Dane drugiego uczestnika – kierujący pojazdem

Imiona i nazwisko:		PESEL:	
Ulica:		Numer budynku:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		
Telefon komórkowy:			



Dane drugiego uczestnika – właściciel pojazdu

Imiona i nazwisko:		PESEL:	
Ulica:		Numer budynku:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		
Telefon komórkowy:			



Dane drugiego uczestnika – pojazd

Marka / Model:	Numer rejestracyjny:
----------------	----------------------



Świadkowie

Imiona i nazwisko:		Telefon komórkowy:	
Ulica:		Numer budynku:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		
Imiona i nazwisko:		Telefon komórkowy:	
Ulica:		Numer budynku:	Numer lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		



Opis okoliczności i przebieg zdarzenia

Okoliczności zdarzenia (Warunki pogodowe, pora dnia, stan drogi, zdarzenie w terenie zabudowanym / niezabudowanym):

Opis zdarzenia (Opis miejsca, przebiegu zdarzenia, ze wskazaniem sprawcy, uzasadnieniem przyczyn wypadku ze wskazaniem naruszonych przez sprawcę zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym, oraz wskazaniem miejsc zajmowanych w pojeździe przez osoby poszkodowane; dokładny opis okoliczności, w których doszło do urazu):

Szkic sytuacyjny zdarzenia (Prosimy zaznaczyć położenie pojazdów przed, w trakcie i po zdarzeniu, kierunek ruchu pojazdów, znaków drogowych etc.):



Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie wyjaśniające?

☐ Tak (prosimy o podanie nazwy organu i wskazanie adresu) ☐ Nie

Policja:	Nazwa i adres jednostki:
Pogotowie:	Nazwa i adres jednostki:
Straż pożarna:	Nazwa i adres jednostki:
Prokuratura / Sąd:	Nazwa i adres jednostki:



Oświadczenie o sposobie odbioru odszkodowania

Nr konta:

Właściciel konta:

Data i podpis Klienta:



Oświadczenia

- Oświadczam, że powyższe dane zostały podane zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- Oświadczam, że:
 - kierowca ubezpieczonego pojazdu w czasie zdarzenia był w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków, innych środków odurzających lub podobnie działających leków ☐ Tak ☐ Nie
 - kierowca ubezpieczonego pojazdu w czasie zdarzenia posiadał uprawnienia do kierowania pojazdem ☐ Tak ☐ Nie
 - do zdarzenia doszło podczas udziału ubezpieczonego pojazdu w zawodach, wyścigach, jazdach terenowych, rajdach lub ich próbach ☐ Tak ☐ Nie
 - do zdarzenia doszło podczas udziału ubezpieczonego w zakładach, przestępstwach, bójkach ☐ Tak ☐ Nie
- Upoważniam AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. do występowania i otrzymywania od osób wykonujących zawody medyczne oraz zakładów opieki zdrowotnej, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych informacji o moim stanie zdrowia w związku z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa danych osobowych, w tym również danych o moim stanie zdrowia oraz danych dotyczących ewentualnych skazań, orzeczeń o ukaraniu oraz mandatów karnych w celu wykonania umowy ubezpieczenia (ustalenia prawa do świadczenia).
- Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, Warszawa. Podane dane będą przetwarzane w celu przedstawienia oferty, zawarcia i realizacji umowy, oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub przygotowania ofert usług ubezpieczeniowych w przyszłości. Podanie danych jest dobrowolne, niezbędne do zawarcia i realizacji umowy. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Data i podpis Klienta: