

Uniwersalne zgłoszenie szkody z ubezpieczenia majątkowego

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

*Numer szkody: M - _____

Polisa typ _____ nr _____ Polisa jest obciążona cesją: Tak Nie Jeśli tak, nazwa i adres banku _____

I. DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

Imię i nazwisko / nazwa (pieczętka): _____

Adres zamieszkania / siedziby: _____

PESEL / REGON: _____ Telefon / faks / e-mail: _____

Nazwa banku i numer rachunku: _____

Ubezpieczający jest podatnikiem podatku VAT: Tak Nie

2. DANE UBEZPIECZONEGO / POSZKODOWANEGO

Imię i nazwisko / nazwa (pieczętka): _____

Adres zamieszkania / siedziby: _____

Telefon komórkowy _____ Telefon stacjonarny _____

E-mail: _____

Nazwa banku i numer rachunku: _____

Ubezpieczający jest podatnikiem podatku VAT: Tak Nie

Adres korespondencyjny _____

3. DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA SZKODOWEGO

Data powstania szkody: od _____ godz. ____ min. ____ do _____ godz. ____ min. ____

Data ujawnienia szkody: _____ Kto ujawnił szkodę: _____

Miejsce powstania szkody (dokładny adres): _____

Przyczyna szkody:

Awaria agregatu Wypadek drogowy
Kradzież zwykła Kradzież z włamaniem Rabunek Dewastacja Pożar Dym Uderzenie pioruna
Awaria instalacji wod./kanaliz. Ulewa nawalna Powódź Huragan Inna: _____

Przedmiot szkody:

Wyposażenie Środki obrotowe Maszyny i urządzenia Towary w transporcie Sprzęt elektroniczny Mienie osób trzecich Elementy budynku
Nakłady inwestycyjne Szyby/szklane elementy Ruchomości domowe Gotówka Mienie pracownicze Inne: _____

4. SZACUNKOWA WARTOŚĆ SZKODY

_____ zł

5. OPIS ZABEZPIECZEŃ

zamki w drzwiach szt. _____
 kraty lub żaluzje antywłamaniowe
 alarm
 alarm z monitoringiem
 stały dozór
 szyby antywłamaniowe
 czujniki dymu
 inne: _____
 nazwa firmy monitorującej _____

Czy system zabezpieczeń był uaktywniony: Tak Nie

Czy system zabezpieczeń zadziałał: Tak Nie

O zdarzeniu powiadomiono	Dokładny adres oraz telefon	Data powiadomienia
Policję		____-____-____
Straż pożarną		____-____-____
Administradora budynku		____-____-____
Agencję ochrony mienia		____-____-____
Inne:		____-____-____

6. OPIS ZDARZENIA (OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU)

7. DANE SPRAWCY

Imię i nazwisko / nazwa (pieczętka): _____

Adres zamieszkania / siedziby: _____

E-mail: _____

Nazwa i adres ubezpieczyciela sprawcy zdarzenia, numer polisy: _____

Czy zawarto inne ubezpieczenia dotyczące tego samego mienia: Tak Nie

Jeśli tak prosimy o podanie nazwy zakładu ubezpieczeń oraz numeru polisy: _____

8. DO ZGŁOSZENIA ZAŁĄCZONO NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

9. OŚWIADCZENIA ZGŁASZAJĄCEGO

Oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym zgłoszeniu są prawdziwe.

Zgodnie z art. 23.1.1) ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, które zostały podane przeze mnie w niniejszym zgłoszeniu szkody z ubezpieczenia majątkowego.

Jednocześnie upoważniam Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz wszystkie podmioty działające na jej rzecz, w celu wykonywania zobowiązań wynikających z umów zawartych ze spółką, do wglądu we wszelką dokumentację związaną z niniejszym zdarzeniem, będącą w szczególności w posiadaniu organów administracji państwowej i wymiaru sprawiedliwości oraz dokonywania z nich niezbędnych odpisów.

Wnoszę o następujące rozliczenie szkody:

na podstawie wyliczenia kosztorysowego dokonanego przez Compensę

na podstawie przedłożonych faktur, po ich uprzednim zatwierdzeniu przez Compensę

*Tożsamość zgłaszającego potwierdzono na podstawie: (wybrać właściwy dokument)

Dowodu Osobistego seria _____ numer _____

Paszportu seria _____ numer _____

miejsowość, data: _____

miejsowość, data: _____

czytelny podpis
zgłaszającego
(pieczętka): _____

czytelny podpis
przyjmującego zgłoszenie,
pieczętka imienna,
pieczęć jednostki
organizacyjnej Towarzystwa: _____

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

W związku z tym, że likwidacja szkody wymaga współpracy Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group (Compensa) 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 przekazywanie przez Compensa moich danych osobowych, takich jak: imię i nazwisko, numer i seria dokumentu tożsamości, adres zamieszkania, adres korespondencyjny, numer telefonu komórkowego, numer telefonu stacjonarnego, adres e-mail, nazwę banku i numer rachunku, niezbędnych w procesie likwidacji szkody, innym profesjonalnym podmiotom prawa polskiego, którym Compensa 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r. 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), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

11. 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 _____

Data _____
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę:

* wypełnia przedstawiciel Towarzystwa