



CONCORDIA POLSKA

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

Oddział w Przedstawicielstwo w
Nr szkody Grupa ubezpieczeniowa

ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ* / RZECZOWEJ* Z TYTUŁU ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OGÓLNEJ

Poszkodowany :

/imię i nazwisko wraz z adresem/

/nr telefonu/

/data urodzenia/

/pesel/

/nr dowodu osobistego/

Opiekun prawny- gdy poszkodowany jest nieletni :

/imię i nazwisko/

/adres/

/pesel/

/nr dowodu osobistego/

Seria i nr polisy Okres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia Zakres ubezpieczenia

/delikt, kontrakt, , produkt, /

Data zdarzenia : Miejsce zdarzenia

/rok, miesiąc, dzień, godzina/

Czy poszkodowany w chwili zdarzenia był trzeźwy ?

Dane sprawcy zdarzenia (jeśli są znane):

Imię i nazwisko/ nazwa, adres/ siedziba firmy

Poszkodowany jest: osobą trzecią*/ pracownikiem* / krewnym* w stosunku do ubezpieczonego.

Sprawca zdarzenia był w chwili wypadku trzeźwy: TAK* / NIE* / NIE BADANO* / NIE WIEM*

W jakim stopniu poszkodowany przyczynił się do powstania szkody?

Czy w świetle przepisów prawa sprawca czuje się odpowiedzialny za powstanie szkody, a jeśli nie, to kto za nią ponosi odpowiedzialność?

Przyczyny, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco) :

Rodzaj obrażeń ciała (podać dokładnie i wyczerpująco) :

Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pomocy bezpośrednio po wypadku ?

Podać nazwę zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(ł) się po wypadku :

Przewidywany termin zakończenia leczenia, zawód

Miejsce pracy, okres niezdolności do pracy

Czy poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym oraz czy w związku ze zgłoszonym wypadkiem otrzymał rentę?

Czy wypadek zgłoszono na policji ?

/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/

Świadkowie wypadku (imię, nazwisko, adres) :

Wyszczególnienie uszkodzonego mienia wraz ze szczegółową ich charakterystyką (wartość i rok nabycia)

Zgłaszam roszczenia o odszkodowanie w wysokości:

Załączniki : **

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kserokopia kartoteki choroby, | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z pogotowia ratunkowego, |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie od lekarza leczącego, | <input type="checkbox"/> karta informacyjna ze szpitala, |
| <input type="checkbox"/> kserokopie zwolnień lekarskich, | <input type="checkbox"/> inne |

Należne mi odszkodowanie proszę przelać na konto osobiste w Banku

nr.....

Zostałem poinformowany, że wysokość świadczenia związana ze szkodą na osobie zostanie ustalona po zakończeniu leczenia i uzyskaniu przez CONCORDIA POLSKA TUW orzeczenia komisji lekarskiej. Oświadczam, iż na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą i wg najlepszej wiedzy.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz.883 ze zmianami) informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą 61-119 Poznań, ul. św. Michała 43 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

.....
/miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę/

.....
/data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela
CONCORDIA POLSKA TUW/

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć znakiem "x"