



CONCORDIA POLSKA

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

Nr szkody

ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ* / RZECZOWEJ* SPOWODOWANEJ RUCHEM POJAZDU MECHANICZNEGO

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/

Data wypadku : miejsce wypadku
/rok, miesiąc, dzień, godzina/

Dane sprawcy wypadku (jeśli są znane):

Numer rejestracyjny, rodzaj pojazdu, marka i typ

Imię i nazwisko/ nazwa, adres/ siedziba właściciela pojazdu

Seria i nr polisy OC, zakład ubezpieczeń

Rodzaj : OC krajowe* / zielona karta*/ ubezpieczenie graniczne*.

Okres ubezpieczenia

Kierujący:

Imię i nazwisko, adres

Kierujący był dla właściciela pojazdu : osobą trzecią* / pracownikiem* / krewnym*

Kierowcy nr i kat. prawa jazdy / świadectwa kwalifikacyjnego

Kierowca – sprawca był w chwili wypadku trzeźwy: TAK* / NIE* / NIE BADANO* / NIE WIEM*

Poszkodowany:

Poszkodowany był w chwili wypadku trzeźwy: TAK* / NIE*

Jeżeli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy – podać nr i kat. prawa jazdy/ świadectwa kwalifikacyjnego

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Szkic :

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 wypadek zgłoszono na policję ?

/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 : **

- | | |
|--|---|
| ☐ kserokopia kartoteki choroby, | ☐ zaświadczenie z pogotowia ratunkowego, |
| ☐ zaświadczenie od lekarza leczącego, | ☐ karta informacyjna ze szpitala, |
| ☐ kserokopie zwolnień lekarskich, | ☐ inne |
-

Należne mi świadczenie 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 TUV 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 TUV/

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć znakiem "x"