



Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „x”

Numer polisy _____ Ubezpieczenie Imienne Bezimienne

I. DATA I MIEJSCE WYPADKU

Data _____ Godzina ____ min. ____

Miejsce wypadku _____

2. UBEZPIEZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczętka) _____

Adres z kodem pocztowym _____

Telefon / faks / e-mail _____

Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową

podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej

3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko _____

Adres z kodem pocztowym _____

PESEL _____ Telefon / faks / e-mail _____

Poszkodowany jest zawodnikiem klubu Tak Nie

Imię i nazwisko właściciela konta _____

Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie _____

Adres do korespondencji _____

4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH OBRAŻEŃ

Dokładny opis _____

5. RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI

Imię i nazwisko _____

6. DODATKOWE INFORMACJE

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 kategorii Prawa Jazdy / Karty Rowerowej _____

Wyrażam zgodę na przekazywanie Ubezpieczycielowi przez odpowiednie placówki medyczne / lekarzy informacji i dokumentacji medycznej zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408)

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późn zm.) informujemy, że Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane przez TU Compensa S.A. z siedzibą 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani / Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

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 TU Compensa S.A.

Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A.

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

tel. (+48 22) 501 60 00, fax (+48 22) 501 60 01

KRS 0000006691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy,

XIX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego