

Załącznik nr
Nr szkody:
Symbol statystyczny:.....

(pieczęćka jednostki organizacyjnej Towarzystwa)

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 TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych 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 TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą 02-690 Warszawa, ul. Bokserska 66 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 Towarzystwa/

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć znakiem "x"