

Zgłoszenie szkody na osobie

1. Imię, nazwisko /nazwa/:

.....

a) Adres zamieszkania /siedziba:

.....

.....

b) Data powstania szkody (dzień-miesiąc-rok, godzina):

.....

c) Data zgłoszenia szkody do UM Kowary (dzień-miesiąc-rok, godzina):

.....

2. Miejsce powstania szkody (prosimy o dokładne wskazanie miejsca np. miejscowość, nazwa ulicy, adres):

.....

.....

3. Opis zdarzenia, zdjęcia, szkice:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Zgłaszający szkodę:

Imię, nazwisko / nazwa:.....

PESEL/REGON:.....

Adres zameldowania /siedziba:.....

Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania):.....

Kontakt (prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego):.....

5. Osoba zgłaszająca szkodę jest (możliwość wielokrotnego wyboru):

ubezpieczonym,

poszkodowanym,

sprawcą,

pełnomocnikiem,

- opiekunem prawnym,
 innym - wskazać kim.....

6. Poszkodowany (prosimy o wypełnienie jeśli jest inną osobą niż zgłaszający szkodę):

Imię i nazwisko / nazwa.....
PESEL/REGON:.....
Adres zameldowania/siedziba.....
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten inny niż; adres zameldowania)..

Kontakt (prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego).

7. Świadek zdarzenia. (Uprzejmie prosimy o podanie informacji o świadkach zdarzenia: imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu).....

.....
.....

8. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono:

A. Policję: tak nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki policji, numeru sprawy oraz stanu sprawy)

B. Pogotowie ratunkowe: tak nie
(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia oraz sposób zakończenia interwencji)

C. Straż pożarną: tak nie
(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki straży oraz sposób zakończenia interwencji)

D. Inne instytucje/osoby: tak nie (prosimy o wskazanie nazwy i adresu)

9. Czy poszkodowany w chwili wypadku
znajdował się:

pod wpływem alkoholu: tak nie,

narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych: tak nie,

10. Czy poszkodowany przyczynił się do zaistnienia szkody: tak nie,

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca prosimy o podanie na czym polegało przyczynienie:.....

11. Czy przed zaistnieniem wypadku u poszkodowanego występowały obrażenia ciała lub
dysfunkcje organizmu? tak nie

W przypadku odpowiedzi twierdzącej, prosimy o ich opisanie.
.....

12. Czy w wyniku wypadku poszkodowany doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju
zdrowia?

tak nie

W przypadku odpowiedzi twierdzącej, prosimy o ich opisanie.

.....
Gdzie po wypadku udzielono poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej?
(proszę wskazać nazwę i adres placówki służby zdrowia)..

13. Czy w związku z obrażeniami odniesionymi w trakcie wypadku poszkodowany leczył się:

ambulatoryjnie tak nie

szpitalnie tak nie

*Prosimy o wskazanie adresów placówek medycznych lub przesłania dokumentacji medycznej
dotyczącej leczenia.*

.....

14. Czy leczenie zostało zakończone? tak nie

*W przypadku pozytywnej odpowiedzi prosimy o podanie daty jego zakończenia, gdy proces leczenia trwa
prosimy o wskazanie
przewidywanego terminu jego zakończenia.....*

15. Czy nastąpił zgon poszkodowanego? tak nie

Data zgonu.....

Jeżeli nastąpił zgon poszkodowanego to prosimy o informację:

a) czy poszkodowany zginął w chwili zaistnienia zdarzenia? tak nie

b) czy zgon poszkodowanego nastąpił po dacie zdarzenia? tak nie

Prosimy o podanie przyczyny zgonu (zgodnie z dokumentem określającym przyczynę zgonu).....

Proszę wymienić osoby będące w okresie bezpośrednio poprzedzającym szkodę na utrzymaniu
poszkodowanego i wskazać stopień ich pokrewieństwa z poszkodowanym (dotyczy wyłącznie przypadku, gdy
nastąpił zgon poszkodowanego):.....

16. Czy w dacie zdarzenia poszkodowany był zatrudniony? tak nie

Podstawa zatrudnienia:

umowa o pracę na czas nieokreślony,

umowa o pracę na czas określony,

umowa zlecenia, umowa o dzieło,

prowadzenie działalności gospodarczej,

inna-jaka?.....

Miejsce zatrudnienia.....

17. Czy w dacie zdarzenia poszkodowany był ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych
wypadków? tak nie

(proszę podać dane ubezpieczyciela).....

18. W dacie zdarzenia poszkodowany był objęty:

d) ubezpieczeniem społecznym (ZUS)? tak nie

e) ubezpieczeniem w ramach Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego tak nie

19. Czy wypadek był jednocześnie wypadkiem przy pracy? tak nie

Czy poszkodowany otrzymał z tego tytułu świadczenie z ubezpieczenia społecznego? tak
nie Czy poszkodowany ubiega się o świadczenie z tego tytułu? tak nie

20. Czy w związku z wypadkiem poszkodowany ubiega się o świadczenie u innego Ubezpieczyciela? tak nie

.....

21. Dyspozycja płatnicza

a) Świadczenie proszę przekazać na konto numer

w banku:

Właściciel konta:

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia jednostki likwidującej szkodę o zmianie ww. numeru
konta.

b) Świadczenie proszę przekazać za pośrednictwem poczty na adres:

22. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez UM Kowary od innego ubezpieczyciela informacji o szkodach
dotyczących mojej osoby oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa
do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia

tak nie

23. UM Kowary informuje, że:

Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu zbierane są na zasadzie dobrowolności. Służyc będą
rozpatrywaniu roszczenia w celu podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia. Dane nie będą nikomu
udostępniane, za wyjątkiem obowiązku udzielania informacji wynikającego z ustawy o działalności
ubezpieczeniowej. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczający, Ubezpieczony i
Poszkodowany ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

24. Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą
oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.

.....
Data i podpis osoby zgłaszającego szkodę / poszkodowanego