

## Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X“

**POLISA** typ \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie  Imienne  Bezimienne

### 1. DATA I MIEJSCE WYPADKU

Data \_\_\_\_\_ Godzina \_\_\_\_ min. \_\_\_\_

Miejsce wypadku \_\_\_\_\_

### 2. UBEZPIECZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczętka) \_\_\_\_\_ Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

Telefon / faks / e-mail \_\_\_\_\_

### 3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY

podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon / faks / e-mail \_\_\_\_\_ Poszkodowany jest zawodnikiem klubu  Tak  Nie

Imię i nazwisko właściciela konta \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie \_\_\_\_\_

### 4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNYCH OBRAŹEŃ

Dokładny opis \_\_\_\_\_

### 5. RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI

Imię i nazwisko ojca \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko matki \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### 6. DODATKOWE INFORMACJE

Czy na miejsce zdarzenia wzywana była Policja?  Tak  Nie Jednostka Policji \_\_\_\_\_

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 kategorie Prawa Jazdy / Karty Rowerowej \_\_\_\_\_

#### 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 Compensy

### 7. OŚWIADCZENIE W SPRAWIE PRZEKAZYWANIA DANYCH OSOBOWYCH PROFESJONALNYM PODMIOTOM, KTÓRE ZAJMUJĄ SIĘ LIKWIDACJĄ SZKÓD

W związku z tym, że likwidacja szkody wymaga współpracy Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z innymi, profesjonalnymi podmiotami, zgodnie z art. 23.1.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie i przekazywanie przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, niezbędnych w procesie likwidacji szkody, innym podmiotom prawa polskiego, którym Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group zleca czynności ubezpieczeniowe w postaci usług w zakresie likwidacji szkód.

Data \_\_\_\_\_  
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę:

#### Informacje od Administratora Danych Osobowych

Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
- 2) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 3) Pana/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 4) Pana/Pani dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie postanowień ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.),
- 5) Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazywane lub udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także, jeżeli wyraził Pan/wyraziła Pani na to zgodę, podmiotom (nazwy i adresy podmiotów są umieszczone na stronie internetowej www.compensa.pl), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.