

Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej OC komunikacyjne  Inne

Numer szkody: \_\_\_\_\_

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

**I. DATA I MIEJSCE SZKODY**

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

Miejsce szkody Kraj \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

**2. DANE SPRAWCY SZKODY**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Marka pojazdu \_\_\_\_\_ Numer rejestracyjny \_\_\_\_\_ Nr polisy OC \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko kierującego pojazdem \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

**3. DANE POSZKODOWANEGO**

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

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

Status zawodowy  Uczeń / student  Bezrobotny  Emeryt  Rencista  Czynny zawodowo, zawód \_\_\_\_\_

Stanowisko \_\_\_\_\_ Nazwa i adres zakładu pracy \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Stan cywilny \_\_\_\_\_

**4. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

Posiadacz rachunku \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Nazwa banku \_\_\_\_\_

Numer rachunku \_\_\_\_\_

**5. DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH (JEŻELI POSZKODOWANY JEST OSOBĄ NIEPEŁNOLETNIA)**

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

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

Adres \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Podpis czytelny ojca \_\_\_\_\_ Podpis czytelny matki \_\_\_\_\_

**6. DANE DOTYCZĄCE DOCHODZENIA**

Wypadek zgłoszono Policji  Tak  Nie Nazwa i adres jednostki Policji \_\_\_\_\_

Sprawa prowadzona jest przez Prokuraturę  Tak  Nie Nazwa i adres Prokuratury \_\_\_\_\_

Numer sprawy \_\_\_\_\_

Prowadzone jest postępowanie karne w Sądzie  Tak  Nie Nazwa i adres Sądu \_\_\_\_\_

Numer sprawy \_\_\_\_\_

---

### 7. ŚWIADKOWIE WYPADKU

---

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

### 8. OPIS WYPADKU

---

Okoliczności i przyczyna wypadku \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9. SZKIC SYTUACYJNY MIEJSCA ZDARZENIA

---

### 10. POSZKODOWANY

---

Poszkodowany był:  Osobą poza pojazdem np. pieszy, rowerzysta  Pasażerem pojazdu sprawcy  Pasażerem innego pojazdu nr rejestracyjny \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko właściciela pojazdu \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

Imię i nazwisko kierującego \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

Przewóz pojazdem, w którym znajdował się poszkodowany pasażer miał charakter

Grzecznościowy  Odpłatny  Inny, jaki? \_\_\_\_\_

### 11. ZAKRES OBRAŻEŃ

---

Zakres odniesionych w wyniku wypadku obrażeń ciała: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kto, gdzie i kiedy udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej \_\_\_\_\_

Poszkodowany leczyl się  Ambulatoryjnie  Stacjonarnie Leczenie zostało zakończzone  Tak  Nie  Przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

W związku z doznanyimi obrażeniami powstała niezdolność do pracy / nauki  Tak, w jakim okresie \_\_\_\_\_  Nie

Schorzenia istniejące przed wypadkiem \_\_\_\_\_

W wyniku wypadku nastąpiła śmierć poszkodowanego  Tak, data zgonu \_\_\_\_\_  Nie

## 12. INFORMACJE DODATKOWE

Poszkodowany w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających  Tak  Nie

Wypadek był jednocześnie wypadkiem przy pracy  Tak  Nie

Poszkodowany  Otrzymał świadczenie ZUS z tytułu \_\_\_\_\_  Nie otrzymał żadnego świadczenia  Nie ubiega się o świadczenie z ZUS

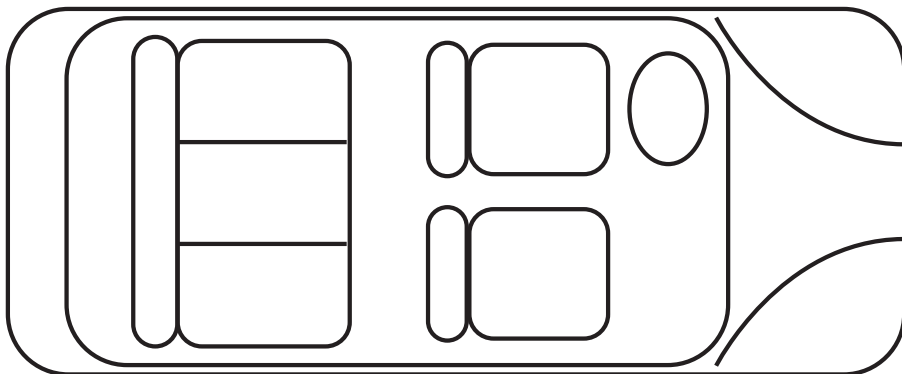
Poszkodowany w związku z przedmiotowym wypadkiem ubiega się o świadczenie odszkodowawcze u innego ubezpieczyciela

Tak, rodzaj ubezpieczenia \_\_\_\_\_ Ubezpieczający \_\_\_\_\_

Nie

Poszkodowany w chwili zdarzenia był zapięty pasami bezpieczeństwa  Tak  Nie

Prosimy o zaznaczenie na poniższym rysunku miejsca, w którym poszkodowany znajdował się w pojeździe w chwili zdarzenia.



**UWAGA!** Prosimy o sporządzenie na osobnej kartce specyfikacji roszczeń związanych z zaistniałym zdarzeniem

data \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ podpis zgłaszającego szkodę \_\_\_\_\_

## 13. ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI

Wyrażam zgodę:

- w trybie art. 23 w zw. z art. 22 ust. 1 i 3 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (ze zm.) na udostępnianie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych spółce działającej pod firmą Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group lub jej przedstawicielowi informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci,
- w trybie art. 26 ust. 3 pkt 7 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na udostępnianie przez podmioty, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group lub jej przedstawicielowi mojej dokumentacji medycznej,
- w trybie art. 27.2 I Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.) na przetwarzanie przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych o stanie zdrowia i nalogach, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia, w celu ustalenia przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group mojego prawa do odszkodowania lub świadczenia, a także określenia jego wysokości.

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:

- Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
- ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- Pana/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 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.),
- 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](http://www.compensa.pl)), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

---

Załącznik Nr I do zgłoszenia szkody na osobie  
Specyfikacja roszczeń związanych z wypadkiem wraz z wartością szacunkową  
z dnia \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Poszkodowany \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsowość

\_\_\_\_\_  
podpis zgłaszającego szkodę