

Zgłoszenie szkody osobowej z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Data i godzina zdarzenia

Numer szkody

Miejsce zdarzenia

Osoba poszkodowana

Imię i nazwisko		PESEL
Adres zamieszkania/Siedziba		
Kod pocztowy	Miejscowość	
Telefon kontaktowy	E-mail	

Zgłaszający (proszę wypełnić, jeżeli zgłaszający szkodę nie jest osobą poszkodowaną)

Jeżeli osoba poszkodowana jest nieletnia – proszę wpisać dane opiekuna prawnego

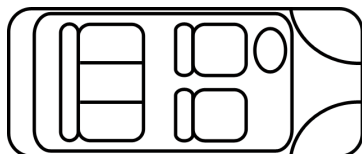
Imię i nazwisko		PESEL
Adres zamieszkania/Siedziba		
Kod pocztowy	Miejscowość	
Telefon kontaktowy	E-mail	

Osoba poszkodowana była w chwili wypadku trzeźwa? TAK NIE

Osoba poszkodowana była:

- poza pojazdem (np. pieszy, rowerzysta) – proszę zaznaczyć również gdy szkoda nie miała związku z ruchem pojazdów
 pasażerem pojazdu - sprawcy pasażerem pojazdu innego kierującym innym pojazdem

Proszę o zaznaczenie na poniższym rysunku miejsce, w którym poszkodowany znajdował się w pojeździe w chwili zdarzenia



Sprawca (w przypadku szkody komunikacyjnej proszę wpisać dane kierowcy)

Imię i nazwisko/Nazwa		PESEL
Adres zamieszkania/Siedziba		
Kod pocztowy	Miejscowość	
Telefon kontaktowy	E-mail	
Nr polisy OC	Czy sprawca w chwili wypadku był trzeźwy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM

Pojazd sprawcy (proszę wypełnić w przypadku szkody komunikacyjnej)

Marka/model	Nr rejestracyjny
-------------	------------------

Właściciel pojazdu sprawcy (proszę wypełnić w przypadku szkody komunikacyjnej, jeśli sprawca nie jest właścicielem)

Imię i nazwisko/Nazwa		PESEL/REGON
Adres zamieszkania/Siedziba		
Kod pocztowy	Miejscowość	
Telefon kontaktowy	E-mail	

Opis okoliczności zdarzenia

Okoliczności zdarzenia (miejsce, sytuacja, pora, na czym polegało zdarzenie?).
Prosimy również o naszkicowanie sytuacji (np. zdarzenia drogowego).
Jeżeli byli świadkowie zdarzenia, proszę ich wskazać wraz z danymi kontaktowymi.

Informacje dodatkowe

Policja	Data poinformowania:	Adres:
Pogotowie ratunkowe	Data poinformowania:	Adres:
Straż pożarna	Data poinformowania:	Adres:

Obrażenia osoby poszkodowanej

Proszę opisać rodzaj i zakres doznanych urazów, których fragmentów ciała dotyczyły.
Proszę również opisać zakres ewentualnie doznanych cierpień i niedogodności (np. zwolnienie lekarskie i in.)

Kto i gdzie udzielił osobie poszkodowanej pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

Zakład leczniczy, w którym osoba poszkodowana leczyła się po wypadku:

Przewidywany termin zakończenia leczenia:

Czy wypadek wydarzył się w pracy lub w drodze do/z pracy? TAK NIE

Czy osoba poszkodowana zmarła w wyniku zdarzenia? TAK NIE

Roszczenia

Proszę opisać swoje roszczenia, oczekiwania finansowe związane ze zdarzeniem. W przypadku poniesienia kosztów (lekarstwa, środki opatrunkowe, transport, inne) prosimy o zasygnalizowanie tego faktu i ewentualne dołączenie odrębnego zestawienia, rachunków itp.

