

Zgłoszenie szkody osobowej z ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

Data i godzina zdarzenia _____

Numer polisy _____

Miejsce zdarzenia _____



Osoba poszkodowana

Imię i nazwisko		PESEL
Adres zameldowania		
Kod pocztowy	Miejscowość	
Telefon kontaktowy	E-mail	
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zameldowania):		
Kod pocztowy	Miejscowość	

Osoba poszkodowana była: kierowcą ubezpieczonego pojazdu pasażerem ubezpieczonego pojazdu nie dotyczy ruchu pojazdów

Proszę wymienić rodzaj urazów doznanych przez osobę poszkodowaną

Data udzielenia osobie poszkodowanej pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku

Nazwa i adres jednostki udzielającej pierwszej pomocy medycznej

Czy osoba poszkodowana w wyniku zdarzenia zmarła? TAK NIE

Czy osoba poszkodowana zakończyła leczenie urazów doznanych w wypadku? TAK NIE

Jeśli nie, prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia:



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	



Kierowca i pojazd (proszę wypełnić, jeżeli szkoda powstała w wyniku zdarzenia komunikacyjnego, a kierowca pojazdu nie jest Osobą poszkodowaną)

Imię i nazwisko		PESEL
Adres zamieszkania/Siedziba		
Kod pocztowy	Miejscowość	
Telefon kontaktowy	E-mail	
Marka/model	Numer rejestracyjny	
Ile osób było w pojeździe oprócz poszkodowanego?	Ile z tych osób zostało poszkodowanych?	

Opis okoliczności i przebieg 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:
Administracja/Zarządca nieruchomości	Data poinformowania:	Adres:
Inne	Data poinformowania:	Adres:
Czy roszczenie obejmuje poniesione koszty dodatkowe?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak, proszę sprecyzować jakie, w jakiej wysokości?
Czy dokonano zgłoszenia tej szkody u innego ubezpieczyciela?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy z tytułu tej szkody wypłacono już odszkodowanie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak, to w jakiej wysokości?

Oświadczenia

Oświadczenie o sposobie odbioru odszkodowania:	Data i podpis Poszkodowanego
Nr konta:	
Właściciel konta:	
Oświadczam, jako osoba poszkodowana, że w chwili zdarzenia byłem/am trzeźwy/a, nie znajdowałem/am się w stanie po użyciu alkoholu lub innych podobnie działających substancji chemicznych. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data i podpis Poszkodowanego
Oświadczam, że upoważniam Unext Sp z o.o. do występowania i otrzymywania od osób wykonujących zawody medyczne oraz zakładów opieki zdrowotnej, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych informacji o moim stanie zdrowia, w związku z ustaleniem prawa do świadczenia i określenia jego wysokości <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data i podpis Poszkodowanego

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Direct pojišťovna, a.s. z siedzibą w Brnie, Czechy, natomiast Unext Sp. z o.o. jest podmiotem przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe na zlecenie Administratora, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym likwidacji zgłaszanej szkody. Szczegółowe informacje o danych kontaktowych Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych Osobowych, a także o celach przetwarzania i podstawach prawnych przetwarzania danych osobowych, okresie przechowywania danych osobowych, odbiorcach danych oraz przysługujących Pani/Panu prawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, zawarte są w informacji o zasadach przetwarzania danych osobowych dostępnej na stronie www.unext.pl