

Pieczęć jednostki organizacyjnej

Nr szkody:
(wypełnia InterRisk S.A. Vienna Insurance Group)

Numer Polisy:

ZGŁOSZENIE SZKODY NA OSOBIE Z ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

1. Ubezpieczający:

Imię, nazwisko / nazwa:

Adres zamieszkania / siedziba:

PESEL/REGON:

2. Ubezpieczony:

Imię, nazwisko / nazwa:

Adres zamieszkania / siedziba:

PESEL/REGON:

3. Data powstania szkody: - - godz.: -

4. Data zgłoszenia szkody do InterRisk S.A. Vienna Insurance Group - - godz.: -

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

.....
.....

6. Opis zdarzenia:

.....
.....
.....
.....
.....

7. 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):

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

- ubezpieczonym,
- poszkodowanym,
- sprawcą,
- pełnomocnikiem,
- opiekunem prawnym,
- innym - wskazać kim.....

9. 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).....

.....

10. W przypadku szkód komunikacyjnych prosimy o podanie czy Poszkodowany był:

- pieszym,
- kierowcą pojazdu uczestniczącego w kolizji,
- rowerzystą,
- pasażerem pojazdu sprawcy,
- pasażerem innego pojazdu prosimy o wskazanie danych właściciela pojazdu i numeru rejestracyjnego pojazdu
.....
.....
- inną osobą jaką?.....
.....

11. Sprawca szkody:

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).....

.....

12. Świadek zdarzenia. (Uprzejmie prosimy o podanie informacji o świadkach zdarzenia):

imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu

.....

.....

.....

.....

.....

13. 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)

Punkty od 14 do 25 wypełnia poszkodowany.

14. Czy poszkodowany w chwili wypadku znajdował się:

- pod wpływem alkoholu: tak nie,
- narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych: tak nie,

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

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

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

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

17. 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)

.....

18. 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.....

19. 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.....

20. 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):

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

Podstawa zatrudnienia:

umowa o pracę na czas nieokreślony,

umowa zlecenia, umowa o dzieło,

umowa o pracę na czas określony,

prowadzenie działalności gospodarczej,

inna - jaka?

Miejsce zatrudnienia

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

(proszę podać dane ubezpieczyciela)

23. W dacie zdarzenia poszkodowany był objęty:

a) ubezpieczeniem społecznym (ZUS) tak nie

b) ubezpieczeniem w ramach Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego tak nie

24. 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

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

W przypadku pozytywnej odpowiedzi prosimy o podanie z jakiego tytułu.....

26. 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:

27. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez InterRisk S.A. Vienna Insurance Group 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

28. InterRisk S.A. Vienna Insurance Group informuje, że:

Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu zbierane są na zasadzie dobrowolności. Służą 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.

29. 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