

## Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”  
 POLISA nr 1841007228 Ubezpieczenia  Imienne  Bezielienne

### I. DATA I MIEJSCE WYPADKU

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

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

### 2. UBEZPIECZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczęć) \_\_\_\_\_

Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową \_\_\_\_\_

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

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

### 3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej \_\_\_\_\_

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

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

Poszkodowany jest zawodnikiem klubu  Tak  Nie

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

PESEL \_\_\_\_\_

### 4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH 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 kategorię Prawa Jazdy / Karty Rowarowej \_\_\_\_\_

### UWAGI

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 Compensy TU S.A. Vienna Insurance Group z innymi, profesjonalnymi podmiotami, zgodnie z art. 23 i 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 Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak: imiona, nazwiska, 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 i 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) Pan/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
- 4) Pan/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) Pan/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 którym Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

### 8. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na informowanie mnie o przebiegu procesu likwidacji szkody, w tym o dokumentach niezbędnych do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia oraz o podjętej decyzji za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Tak  Nie Adres e-mail \_\_\_\_\_