

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIC GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA typ _____ nr _____

Ubezpieczenie Imienne Bezzimienne

1. 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 _____

podpis i pieczęć inna osoby upoważnionej

3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko _____

Adres z kodem pocztowym _____

PESEL _____ Telefon / faks / e-mail _____

Poszkodowany jest zawodnikiem klubu Tak Nie

Imię i nazwisko wbitciela kroma _____

PESEL _____

Bank i numer konta, na które ma

być przekazane odszkodowanie _____

4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNYCH OBRAŻEN

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 miejscu zdarzenia wyjechała była Policja? Tak Nie Jednostka Policji _____

Poszkodowany był trzeźwy w chwili wypadku? Tak Nie Przewidywany termin zakończenia leczenia _____

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy _____

Jedeli ubezpieczony uległ wypadkowi podczas prowadzenia

pojazdu – podać nr i kategorię Prawa Jazdy / Karty Rowarowej _____

UWAGA!

Obowiązkowo należy załączyć do zgłoszenia szkody – kartę informacyjną lub inny dokument z pieczęcią medyczną z opisem obrażeń oraz spowodowanych wypadkiem i datą wypadku.

Data _____

Data _____

Data _____

podpis Ubezpieczającego _____

podpis Poszkodowanego _____

podpis pracownika Compensy _____

7. OŚWIADCZENIE

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

Tak Nie Adres e-mail _____

8. 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 l. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie i przekazywanie przez Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak imię, nazwisko, adres zamieszkania, adres db. korespondencyjny, numer telefonu, adres e-mail, niezbędnych w procesie likwidacji szkody, innym podmiotom prawa publicznego, 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 l. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 01-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
- 2) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawienia.
- 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 umowy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013. poz. 950, 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), z którymi Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

9. ZGODA NA UDOSTĘPIENIE 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 (tekst jednolity: Dz.U. 2013. poz. 950, z późn. zm.) na udostępnienie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które uczestniczą w świadczeniach zdrowotnych spółka działającą pod firmą Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group lub jej przedstawicielowi informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przytoczonej literatury.

Data _____

czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group
KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 526 02 14 686, Kapitał zakładowy: 143 985 157,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00, 801 120 000