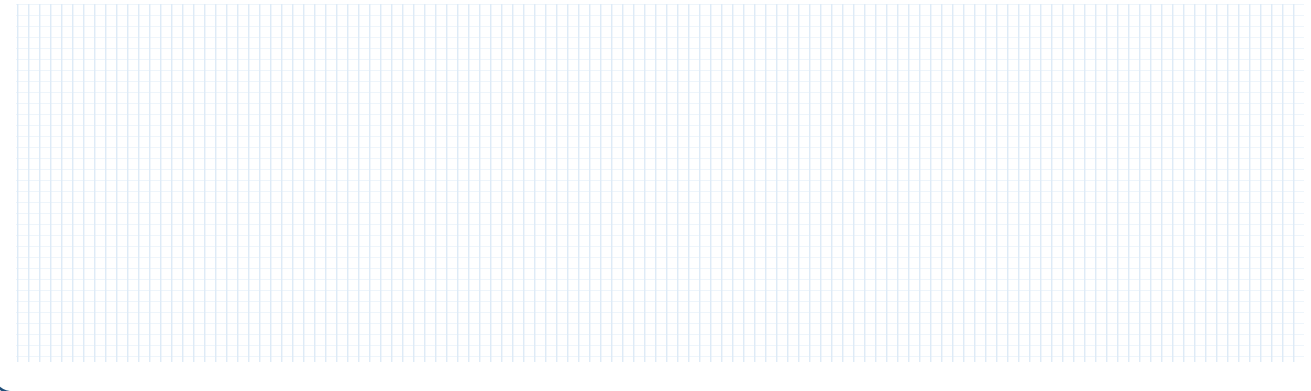




## XI. Szkic sytuacyjny miejsca i przebiegu zdarzenia



## XII. Świadkowie zdarzenia:

 nie  tak, dane kontaktowe:

1. \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_ (nr telefonu) \_\_\_\_\_ (adres e-mail)
2. \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_ (nr telefonu) \_\_\_\_\_ (adres e-mail)

XIII. Powiadomienie służb ratunkowych:  nie  tak pogotowie ratunkowe  straż pożarna  policja - numer zdarzenia \_\_\_\_\_ nazwa i adres jednostki:

\_\_\_\_\_ (nazwa)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (kod pocztowy) \_\_\_\_\_ (miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

## XIV. Kto udzielał Poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej (jeśli na miejscu zdarzenia nie było pogotowia ratunkowego)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## XV. Nazwa i adres zakładu opieki medycznej, w którym Poszkodowany leczył się po wypadku

\_\_\_\_\_ (nazwa zakładu)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (kod pocztowy) \_\_\_\_\_ (miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

## XVI. Obrażenie i/lub rozstrój zdrowia odniesione w wyniku zdarzenia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 leczenie zostało zakończone  leczenie nie zakończone i wciąż trwa

## XVII. Oświadczenia Poszkodowanego / Uprawnionego / Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

Oświadczam, że:

- z tytułu szkody będącej przedmiotem niniejszego zgłoszenia, nie ubiegałem się i nie ubiegam o odszkodowanie w ramach realizacji w innym towarzystwie ubezpieczeniowym
- wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji w sprawie zgłoszonej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej

zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach na podstawie Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z późn. zm.), związanych z wyrażeniem zgody, w tym o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, oraz o celu, w jakim dane te są przekazywane. EUROINS z siedzibą w Sofii 1592, Christopher Columbus blvd, 43 (Eurohold Business Centre) informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane i przetwarzane w związku z postępowaniem likwidacyjnym.

Zwalniam lekarzy sprawujących nadę mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody / uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia i wyrażam zgodę na udostępnienie EUROINS dokumentacji z mojego leczenia.

Wszelkie informacje zamieszczone w niniejszym formularzu, zostały podane jako zgodne ze stanem faktycznym i według najlepszej wiedzy:

\_\_\_\_\_ (miejscowość) \_\_\_\_\_ (data RRRR-MM-DD) \_\_\_\_\_ (czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie)



(potwierdzenie autentyczności podpisu)  
przez przedstawiciela EUROINS