

ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ (NNW) nr

(nr szkody)

powstałej w dniu _____ - _____ - _____ o godz. ____ : ____ z ubezpieczenia NNW komunikacyjnego nr polisy _____

(RRRR-MM-DD)

(GG-MM)

(nr polisy, z której jest zgłaszana szkoda)

Miejsce zdarzenia: _____

(miejscowość – ulica / skrzyżowanie ulic / rondo / parking / posesja lub odcinek drogi pomiędzy miejscowościami, ze wskazaniem punktów charakterystycznych)

I. Poszkodowany (osoba która doznała obrażeń ciała) / Uprawniony (osoba uprawniona do świadczenia w przypadku zgonu)

(imię i nazwisko)

(kod pocztowy)

(miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

(PESEL)

(nr telefonu)

(adres e-mail)

II. Zgłaszający (opiekun prawny lub upoważniony Pełnomocnik)

(imię i nazwisko lub nazwa)

(kod pocztowy)

(miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

(PESEL/NIP)

(nr telefonu)

(adres e-mail)

III. Tytuł zgłaszanych roszczeń zasadniczych

III A. trwały uszczerbek w wyniku NWIII B. zgon w wyniku NW

IV. Tytuł zgłaszanych roszczeń dodatkowych

 nabycie protez
 przeszkolenie inwalidów
 operacja plastyczna
 transport zwłok
 pochówek w Polsce

V B. Dane osoby zmarłej (wypełnić wyłącznie w przypadku zakreślenia pkt III B.)

(imię i nazwisko lub nazwa)

(kod pocztowy)

(miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

(PESEL)

; data zgonu: _____

(RRRR-MM-DD)

VI. Dane pojazdu objętego ubezpieczeniem

(marka)

(model)

(rok produkcji RRRR)

(numer rejestracyjny)

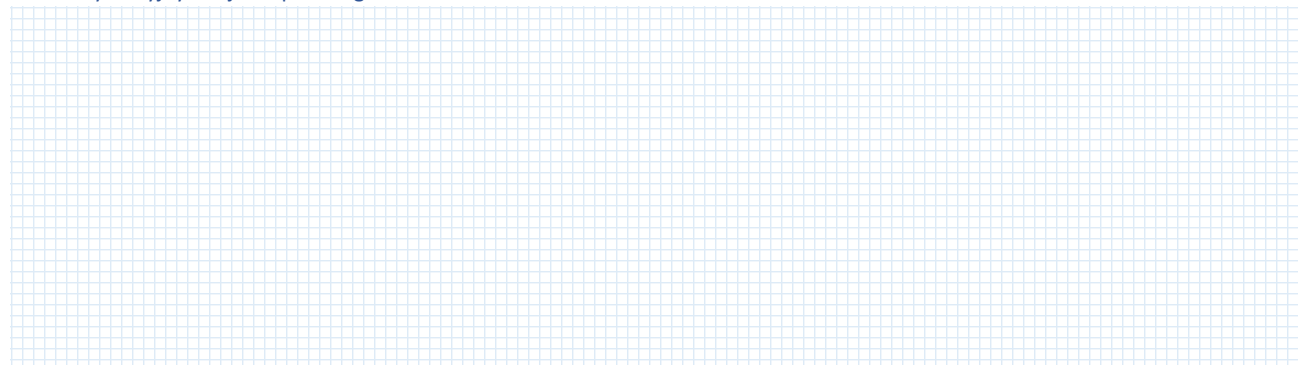
liczba miejsc wg dowodu rejestracyjnego 2 4 5 6 7 inna, jaka: _____

VII. Relacja Poszkodowanego w stosunku do pojazdu objętego ubezpieczeniem i współpasażerów

 kierujący pojazdem
 pasażer pojazdu
 liczba wszystkich podróżujących ubezpieczonym pojazdem (z kierowcą): _____

VIII. Szczegółowy opis okoliczności zdarzenia: _____

IX. Szkic sytuacyjny miejsca i przebiegu zdarzenia



X. Świadkowie zdarzenia: nie tak, dane kontaktowe:

1. _____
(imię i nazwisko) (nr telefonu) (adres e-mail)
2. _____
(imię i nazwisko) (nr telefon) (adres e-mail)

XI. Powiadomienie służb ratunkowych: nie tak

pogotowie ratunkowe straż pożarna policja - numer zdarzenia _____ nazwa i adres jednostki:

(nazwa jednostki policji)

(kod pocztowy) (miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

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

XIII. Nazwa i adres zakładu opieki medycznej, w którym Poszkodowany leczyl się po wypadku

(nazwa zakładu)

(kod pocztowy) (miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

XIV. Obrażenie i/lub rozstrój zdrowia odniesione w wyniku NW, powodujący trwałe uszczerbek: _____

leczenie zostało zakończone leczenie nie zakończone i wciąż trwa

XV. Dyspozycja w sprawie wypłaty odszkodowania (**wypełnia Poszkodowany lub Uprawniony, zgodnie z pkt I**)

Odszkodowanie z tytułu szkody proszę przekazać: na moją rzecz na rzecz:

(imię i nazwisko lub nazwa Upoważnionego do odbioru odszkodowania)

(kod pocztowy) (miejscowość, ulica i numer domu, numer lokalu)

na rachunek bankowy nr _____
(numer rachunku bankowego w standardzie IBAN)

XVI. Oświadczenia Poszkodowanego / Uprawnionego / Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

Oświadczam, że:

- 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 nade 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

XVII. Oświadczenie, jeśli to sam Poszkodowany prowadził pojazd objęty ubezpieczeniem

Oświadczam, że:

- kierując pojazdem w chwili zdarzenia **byłem / nie byłem**¹⁾ pod wpływem alkoholu, ani innych środków odurzających

(miejscowość)

(data RRRR-MM-DD)

(czytelny podpis Właściciela pojazdu lub Zgłaszającego, jeśli to nie Właściciel)

(potwierdzenie autentyczności podpisu)
przez przedstawiciela EUROINS