

## Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

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

Ubezpieczenie  Imienne  Bezzimienne

POLISA typ \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

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

1. DATA I MIEJSCE WYPADKU \_\_\_\_\_

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

2. UBEZPIECZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

Poszkodowany jest zawodnikiem klubu  Tak  Nie

PESEL \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

**UWAGA!** Obowiązkowo należy załączyć do zgłoszenia szkody – kartę informacyjną lub inny dokument z placówki medycznej z opisem obrażeń dla spowodowanych wypadkiem i datą wypadku.

data \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

podpis Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

podpis przedstawiciela Compensy \_\_\_\_\_

7. 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 \_\_\_\_\_

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. 23.1.1 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 imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, niezbędnych w procesie likwidacji szkody, innym podmiotom prawa polskiego, którym Compensę 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. 24.1. 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 Compensę 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) Pana/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia, (tekst jednolity: Dz. U. 2013, poz. 950, z późn. zm.),
- 4) Pana/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 którymi Compensę Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.

9. ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE 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 udostępnianie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych spółce działającej pod firmą Compensę TU S.A. Vienna Insurance Group lub jej przedstawicielowi informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci.

Data \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę: \_\_\_\_\_

Compensę 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  
Compensę Kontakt: +48 22 501 61 00, 801 120 000