COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

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

POLISA typ 185 **nr** 1283075 Ubezpieczenie ☐ Imienne ☐ Bezimienne

1. DATA I MIEJSCE WYPADKU

Data __.__.____ Godzina __.__ min. __.__ Miejsce wypadku

2. UBEZPIECZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczątka)

Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową

Adres z kodem pocztowym

Telefon / faks / e-mail

podpis i pieczęć imienna 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 właściciela konta PESEL

Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie

4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH OBRAŻEŃ

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 kategorie Prawa Jazdy / Karty Rowerowej

UWAGA!
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

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 Compensa 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 Compensa 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 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. 24.1. 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 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) Pana/Pani dane osobowe jako poszkodowanego mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia,
4) Pana/Pani dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie postanowień ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013, poz. 950, z późn. zm.),
5) 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), z którymi Compensa 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 Compensa 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: