SIGNAL IDUNA
SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SZKODY OSOBOWEJ
Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej

Nr polisy: .... Okres ochrony ubezpieczeniowej od __ __ (dzień) __ __ (miesiąc) __ __ __ __ (rok)

do __ __ (dzień) __ __ (miesiąc) __ __ __ __ (rok)

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Nazwisko i imię / Nazwa firmy: ________________________

2. Adres zamieszkania / Siedziby: .... (kod pocztowy) .... (miejscowość) .... (ulica)

3. Kontakt telefoniczny: ....

DANE POSZKODOWANEGO

(w przypadku, gdy Poszkodowaną jest niepełnletni, zgłoszenie szkody powinno być wypełnione i podpisane przez prawnego opiekuna Poszkodowanej)

4. Nazwisko i imię: ____________________________

5. Adres zameldowania: .... (kod pocztowy) .... (miejscowość) .... (ulica)

6. Adres korespondencyjny: .... (kod pocztowy) .... (miejscowość) .... (ulica)

7. PESEL: ___________

8. Kontakt telefoniczny: .... (nr telefonu) .... (nr telefonu komórkowego)

Czy Poszkodowany jest osobą pełnoletnią?* ☐ Tak ☐ Nie, prosimy podać prawnego opiekuna

9. Nazwisko i imię: ____________________________

10. Adres korespondencyjny: .... (kod pocztowy) .... (miejscowość) .... (ulica)

11. Stan Cywilny: .... Ilość dzieci na utrzymaniu: .... Wiek: ...., ..., ..., ...

Czy Poszkodowany posiada aktualne ubezpieczenie społeczne?* ☐ Nie ☐ Tak, prosimy podać nazwę i adres instytucji

12. Nazwa instytucji: ____________________________

13. Adres korespondencyjny: .... (kod pocztowy) .... (miejscowość) .... (ulica)

DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

14. Data wypadku: __ __ (dzień) __ __ (miesiąc) __ __ __ __ (rok) Miejscowość: ....

15. Okoliczności i przebieg wypadku: ....
....
....

16. Doznane obrażenia ciała: ....
....
....

17. Czy byli świadkowe wypadku?* ☐ Nie ☐ Tak, prosimy podać dane personalne oraz adresy świadków
....
....
....

numer druku

OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC • OC

18. Kto oraz kiedy został powiadomiony przez poszkodowanego o zdarzeniu/wypadku?

Nazwisko i imię/Nazwa: ..... Adres: .....

data powiadomienia: __ __ __ __ __ __ __ __

Nazwisko i imię/Nazwa: ..... Adres: .....

data powiadomienia: __ __ __ __ __ __ __ __

Nazwisko i imię/Nazwa: ..... Adres: .....

data powiadomienia: __ __ __ __ __ __ __ __

19. Czy Poszkodowany zgłosił szkodę w innym Towarzystwie Ubezpieczeniowym?* ☐ Nie ☐ Tak, prosimy podać nazwę i adres instytucji

Nazwa instytucji: .....

Adres korespondencyjny: ....
kod pocztowy miejscowość ulica

20. Nazwa i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku

Nazwa instytucji: .....

Adres korespondencyjny: ....
kod pocztowy miejscowość ulica

data zgłoszenia do leczenia: __ __ __ __ __ __ __ __

21. Nazwa i adres instytucji prowadzącej sprawę, jeżeli do wypadku doszło w wyniku przestępstwa lub wypadku drogowego:

.....

.....

Nr sprawy: ..... Nazwa schorzenia: .....

22. Czy w chwili wypadku Poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających?

☐ Nie ☐ Tak, w jakim stopniu i pod wpływem jakich środków: .....

23. Czy leczenie skutków wypadku zostało już zakończone?* (termin leczenie oznacza bezpośredni okres leczenia urazu oraz zakończenia rehabilitacji)

☐ Nie Przewidywany termin zakończenia leczenia: __ __ __ __ __ __
miesiąc rok

☐ Tak Data zakończenia leczenia: __ __ __ __ __ __ __ __
dzień miesiąc rok

ZDEFINIOWANE PRZEZ POSZKODOWANEGO ROSZCZENIA W ZWIĄZKU ZE ZDARZENIEM/WYPADKIEM**

1. ..... 4. .....

2. ..... 5. .....

3. ..... 6. .....

DYSPOZYCJA SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI*

☐ Przelew na rachunek bankowy nr:

__ __

Nazwa i nr oddziału banku: .....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: .....

☐ Przekaz pocztowy na adres:

Nazwisko i imię: .....

Adres: ....
kod pocztowy miejscowość ulica

OŚWIADCZENIE POSZKODOWANEGO/PRAWNEGO OPIEKUNA

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym formularzu roszczenia odpowiadają prawdzie.
2. Jestem świadom odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenia okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia.
3. Jestem świadom, że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych do rozpatrzenia roszczenia, SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S. A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.
4. Upoważniam SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S. A. do wglądu we wszelką dokumentację związaną z niniejszym zdarzeniem, będącą w szczególności w posiadaniu placówek medycznych, organów Administracji Państwowej, wymiaru sprawiedliwości i innych towarzystw ubezpieczeniowych oraz dokonywania z nich niezbędnych odpisów, zgodnie z art. 22 ust. 1, 4 i 5 oraz art. 25 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22.05.2003 (dz. U. Nr 03.124.1151).

....
Czytelny podpis Poszkodowanego/Prawnego piekuna Miejscowość i data

Objaśnienia:
* proszę zaznaczyć właściwe pole
** wymagane dokumenty w oryginale lub poświadczone za zgodność z oryginałem kopie

numer druku