

**ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ**

z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków

NR SZKODY   /   /   /  **WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ**Nazwisko i imię osoby zgłaszającej Data godzina zgłoszenia szkody  -  -   :          
*Dzień, miesiąc, rok godzina miejscowość*Symbol i numer polisy       Liczba szkód uprzednio zgłoszonych z tej polisy  Data i godzina zdarzenia     :          
*Dzień, miesiąc, rok godzina miejscowość***Poszkodowany**Nazwisko i imię Adres zamieszkania *ulica, nr domu, nr mieszkania*     *Kod pocztowy miejscowość*dzielnica Nr telefonu PESEL **Ubezpieczający (np. NAZWA SZKOŁY)**Nazwisko i imię / Nazwa Adres zamieszkania / Siedziba *ulica, nr domu, nr mieszkania* -     *Kod pocztowy miejscowość*dzielnica Nr telefonu Nr członk.  ZWC 

W chwili zdarzenia poszkodowany był / nie był \* objęty ubezpieczeniem społecznym

**Przyczyna powstania szkody**

Przyczyna powstania szkody .....

**Adres szkody**Adres *ulica, nr domu, nr mieszkania*     *Kod pocztowy miejscowość*Gmina **Opis zdarzenia**

Dokładny opis przebiegu zdarzenia z wyszczególnieniem miejsca szkody, okoliczności wypadku, odniesionych obrażeń itp.:

**WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ****Roszczenie**

Roszczenie z tytułu szkody osobowej:

1. Z tytułu uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia
2. Z tytułu śmierci
3. ....
4. ....

Kwota roszczenia w zł

Łączna kwota roszczeń

Czy są szkody rzeczowe ? TAK / NIE \* Jeśli tak, jakie ?

**Zaistniałe zdarzenie zgłoszono następującym organom**

1. Nazwa .....

Adres / Siedziba .....

Miejscowość .....

3. Nazwa .....

Adres / Siedziba .....

Miejscowość .....

2. Nazwa .....

Adres / Siedziba .....

Miejscowość .....

4. Nazwa .....

Adres / Siedziba .....

Miejscowość .....

**Świadkowie zdarzenia**

1. Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

*ulica, nr domu, nr mieszkania*

Miejscowość .....

2. Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

*ulica, nr domu, nr mieszkania*

Miejscowość .....

**Załączniki**

Do niniejszego zgłoszenia szkody załączam:

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 5. .... |
| 2. .... | 6. .... |
| 3. .... | 7. .... |
| 4. .... | 8. .... |

Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

*Miejscowość, data**Podpis osoby  
zgłaszającej szkodę**Imię, nazwisko i podpis pracownika TUV „TUV”  
przyjmującego zgłoszenie szkody***WYPEŁNIA POSZKODOWANY****Forma wypłaty odszkodowania**

Przelewem na konto bankowe \*

**dysponent konta** .....

Numer rachunku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

W kasie TUV „TUV”\*

**Oświadczenie poszkodowanego**

Oświadczam, że w chwili zaistnienia zgłoszonego zdarzenia byłem / nie byłem \* w stanie po użyciu alkoholu, leków odurzających, narkotyków albo innych środków psychotropowych.

*Miejscowość, data**Imię, nazwisko i podpis poszkodowanego / opiekuna \**

\* niepotrzebne skreślić

**WYPEŁNIA TUV „TUV”****Wprowadzenie danych do systemu***Miejscowość, data**Imię, nazwisko, stanowisko służbowe oraz podpis pracownika TUV „TUV” wprowadzającego do systemu zgłoszenie szkody*

**WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY, PLACÓWKA SZKOLNA, OPIEKUŃCZA, ORGANIZATOR WYJAZDU**

Zakład pracy / placówka szkolna / opiekuńcza / organizator wyjazdu \*

*Pieczęć zakładu pracy, placówki szkolnej, opiekuńczej, organizatora wyjazdu***Zakład pracy**

Ubezpieczony .....  
*Imię, nazwisko*  
 ..... podpisał deklarację  
 zgody w dniu ..... na sumę ..... zł,  
 (wykaz nr / poz. ....). Zakres ubezpieczenia .....

Inne świadczenia: .....

W dniu wypadku poszkodowany był / nie był \* pracownikiem naszego  
 zakładu. Umowa o pracę została rozwiązana w dniu .....

Wypadek został uznany za wypadek przy pracy / wypadek w drodze do  
 lub z pracy / wypadek w życiu prywatnym \*.

**Placówka szkolna, opiekuńcza, organizator wyjazdu**

Ubezpieczony .....  
*Imię, nazwisko*  
 .....  
 jest uczniem / wychowankiem / uczestnikiem \* naszej  
 placówki w roku szkolnym / w okresie \* .....  
 Umowa ubezpieczenia została zawarta w formie imiennej /  
 bezimiennej \* (wykaz nr / poz. .... )

.....  
*Miejscowość, data*.....  
*Pieczęć i podpis przedstawiciela zakładu pracy  
lub placówki szkolnej, opiekuńczej, organizatora wyjazdu***WYPEŁNIA LEKARZ / PLACÓWKA ZDROWIA  
LUB KSEROKOPIE POSIADANYCH DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH****Informacja o udzieleniu pierwszej pomocy**

Data i godzina przyjęcia poszkodowanego do leczenia / badania \* bezpośrednio po wypadku .....

Nazwa zakładu leczniczego .....

Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przewidywany okres leczenia .....

Przewidywany termin skierowania poszkodowanego na badania końcowe .....

.....  
*Miejscowość, data*.....  
*Pieczęć i podpis lekarza  
bądź innej upoważnionej osoby udzielającej informacji*