

Zgłoszenie szkody osobowej

Proszę wypełnić poniższy formularz drukowanymi literami zaś pola wyboru oznaczyć krzyżykiem (X) i wysłać na adres korespondencyjny Centrum Alarmowe Warty ul. 1 Maja 25, 20-410 Lublin.

DANE POLISY

Proszę zaznaczyć rodzaj polisy, z której będzie zgłaszana szkoda oraz podać jej numer:

Rodzaj polisy WARTA Travel NNW Numer polisy 90 _____

Ważna od ____ / ____ / _____ do ____ / ____ / _____

DANE POSZKODOWANEGO

Imię i nazwisko (nazwa firmy): _____

PESEL / REGON (w przypadku firmy): _____

Adres zameldowania (siedziba firmy): _____

Adres korespondencyjny: _____

Telefon kontaktowy: _____ Adres email: _____

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO*

* W przypadku, gdy poszkodowany jest osobą niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną

Imię i nazwisko (nazwa firmy): _____

PESEL / REGON (w przypadku firmy): _____

Adres zameldowania (siedziba firmy): _____

Adres korespondencyjny: _____

Telefon kontaktowy: _____ Adres email: _____

INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKODY

Data powstania szkody : ____ / ____ / _____ Godzina powstania szkody ____ : ____

Kraj _____ Województwo _____ Gmina _____

Miejscowość _____ Ul. _____

RODZAJ ROSZCZENIA

Proszę podać określić rodzaj poniesionej szkody:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Koszty leczenia (KL) | <input type="checkbox"/> Zniszczenie/utrata bagażu |
| <input type="checkbox"/> Zgon osoby ubezpieczonej | <input type="checkbox"/> Roszczenie dotyczące sprzętu narciarskiego |
| <input type="checkbox"/> Następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW) | <input type="checkbox"/> Koszty odwołania imprezy |
| <input type="checkbox"/> Inne _____ | |

OKOLICZNOŚCI POWSTANIA ZDARZENIA

Proszę dokładnie opisać okoliczności powstania szkody _____

RODZAJ I ZAKRES SZKODY

Proszę opisać dokładne obrażenia ciała (z diagnozy lekarskiej), koszty leczenia itp.: _____

praworęczny

leworęczny

KOSZT LECZENIA I KWOTA ROSZCZENIA

Czy zostały poniesione koszty leczenia? TAK NIE

Proszę podać dokładne koszty leczenia _____

Czy rachunki zostały opłacone? TAK NIE

Kwota roszczenia _____

OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA

Czy została powiadomiona policja TAK* NIE

* Nazwa i adres jednostki: _____

Czy została udzielona pierwsza pomoc? TAK* NIE

Dane osoby/jednostki udzielającej pierwszą
pomoc: _____

ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH, W KTÓRYCH UDZIELONO POMOCY

Proszę podać dokładne miejsca i adresy placówek medycznych w których udzielono Pani/Panu pomocy:

Nazwa placówki: _____

Adres: _____

Nazwa placówki: _____

Adres: _____

Nazwa placówki: _____

Adres: _____

PROWADZONE LECZENIE

Czy nastąpiło leczenie szpitalne? TAK NIE

Czy nastąpiło leczenie ambulatoryjne? TAK NIE

Czy konieczna była rehabilitacja? TAK NIE

Czy leczenie zostało zakończone? TAK NIE

Jak długo trwało leczenie? _____

INFORMACJE DODATKOWE

Czy poszkodowany był niezdolny do pracy/nauki w następstwie powstałej szkody? TAK* NIE

*Przez jak długi okres? _____

Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy? TAK NIE

Czy poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny? TAK NIE

Poniższe punkty należy wypełnić jedynie w przypadku gdy poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny:

Numer prawa jazdy _____ Kategoria _____

Czy w chwili zdarzenia poszkodowany miał zapięte pasy bezpieczeństwa? TAK NIE

Czy kierujący dysponował pojazdem za zgodą i wiedzą właściciela TAK NIE

DANE ZGŁASZAJĄCEGO SZKODĘ

Imię i nazwisko: _____

Adres zameldowania: _____

Adres korespondencyjny: _____

Telefon kontaktowy: _____ Adres email: _____

DANE DO KONTAKTU

Data wypełnienia formularza ___ / ___ / _____

Dane osoby do kontaktu w sprawie szkody:

Imię i nazwisko: _____

Telefon kontaktowy: _____ Adres email: _____