

pieczęć Oddziału

## Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

Nr szkody \_\_\_\_\_

### Dane zgłaszającego szkodę (wypełnić w przypadku gdy osoba zgłaszająca nie jest ubezpieczonym)

Imię i Nazwisko/nazwa \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Ulica, nr domu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Dane Ubezpieczonego

PESEL \_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Ulica, nr domu \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Rodzaj wykonywanej pracy/rodzaj uprawianego sportu \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące polisy

Seria i nr polisy \_\_\_\_\_ Okres ubezpieczenia od \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

d d m m r r d d m m r r

Suma ubezpieczenia \_\_\_\_\_

### Zakres ubezpieczenia

- pełny  \*
- ograniczony: praca / nauka  \*
- ograniczony: praca / nauka / droga do / z pracy / szkoły  \*

### Świadczenia:

#### Podstawowe

- trwałe uszczerbek na zdrowiu  \*
- śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku  \*
- koszty nabycia protez  \*
- i / lub środków pomocniczych

#### Dodatkowe

- koszty leczenia  \*
- dzienne świadczenie szpitalne  \*
- zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy / nauki  \*
- koszty rehabilitacji  \*
- inne (podać jakie) \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące wypadku

Data \_\_\_\_\_ godzina \_\_\_\_\_ miejsce wypadku \_\_\_\_\_

Czy ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem środków odurzających lub alkoholu? tak\*  nie\*

W jakiej placówce medycznej udzielono poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku?

\_\_\_\_\_

Nazwa i adres zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczyl się po wypadku \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Okres leczenia szpitalnego/ambulatoryjnego\* od \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

d d m m r r d d m m r r

Czy wypadek został zgłoszony policji, organizatorowi imprezy masowej, w zakładzie pracy, itp? tak\*  nie\*

**Opis okoliczności wypadku oraz opis doznanych obrażeń ciała**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Załączniki do zgłoszenia szkody**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Uwagi pracownika HDI przyjmującego zgłoszenie szkody**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
miejsce i data zgłoszenia\_\_\_\_\_  
data i czytelny podpis zgłaszającego szkodę\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis przedstawiciela  
HDI Asekuracja TU S.A. przyjmującego zgłoszenie szkody**Oświadczenie o udostępnieniu danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z likwidacją szkody przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna oraz inne podmioty wchodzące w skład Grupy HDI w związku z prowadzoną przez nie działalnością statutową. Moje dane osobowe zawarte w zbiorze danych administracyjnych przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna udostępnione będą spółkom wchodzącym w skład Grupy HDI, podmiotom powiązanim z nim kapitałowo oraz podmiotom i osobom zewnętrznym wykonującym czynności związane z likwidacją szkody na zlecenie HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.

**Oświadczenie o udostępnieniu danych medycznych**

Zwalniam leczących mnie lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie dla HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz dotychczasowego i przyszłego przebiegu leczenia w związku ze zgłoszeniem roszczeń z tytułu wypadku ubezpieczeniowego.

\_\_\_\_\_  
data i podpis poszkodowanego