



# CONCORDIA POLSKA

## Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

Oddział w ..... Przedstawicielstwo w .....  
Nr szkody ..... Grupa ubezpieczeniowa .....

### ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU OC MYŚLIWEGO

Poszkodowany : .....  
/imię i nazwisko wraz z adresem/

.....  
/nr telefonu/ /data urodzenia/ /pesel/ /nr dowodu osobistego/

Opiekun prawny- gdy poszkodowany jest nieletni : .....  
/imię i nazwisko/

.....  
/adres/ /pesel/ /nr dowodu osobistego/

Opiekun prawny- gdy poszkodowany jest nieletni : .....  
/imię i nazwisko/

Seria i nr polisy ..... Okres ubezpieczenia .....

Suma ubezpieczenia ..... Składka w wysokości ..... Opłacona TAK \* / NIE \*

Data zdarzenia : ..... Miejsce zdarzenia .....

/rok, miesiąc, dzień, godzina/

Czy poszkodowany w chwili zdarzenia był trzeźwy ? .....

Poszkodowany jest członkiem Koła Łowieckiego TAK \* / NIE \*. Jeżeli tak proszę podać nazwę i adres Koła Łowieckiego .....

#### **Dane sprawcy zdarzenia:**

Imię i nazwisko/ adres/ .....

Sprawca jest członkiem Koła Łowieckiego (nazwa i numer) .....

Sprawca jest członkiem PZŁ Zarządu Okręgowego w .....

Nr legitymacji ....., ważnej do .....

Sprawca zdarzenia był w chwili wypadku trzeźwy: TAK\* / NIE\* / NIE BADANO\* / NIE WIEM\*

Zdarzenie miało miejsce na polowaniu indywidualnym\*, na polowaniu zbiorowym\*, w drodze

na polowanie\*, przy czynnościach gospodarczych i innych zleconych przez PZŁ\*, na strzelnicy\*,

inne ..... \*

W jakim stopniu poszkodowany przyczynił się do powstania szkody? .....

Czy w świetle przepisów prawa sprawca czuje się odpowiedzialny za powstanie szkody, a jeśli nie, to kto za nią ponosi odpowiedzialność? .....

Przyczyny, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Rodzaj obrażeń ciała (podać dokładnie i wyczerpująco) :

.....  
.....  
.....

Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pomocy bezpośrednio po wypadku ? .....

.....  
Podać nazwę zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(ł) się po wypadku : .....

Przewidywany termin zakończenia leczenia ....., zawód .....

Miejsce pracy ....., okres niezdolności do pracy .....

Czy poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym oraz czy w związku ze zgłoszonym wypadkiem otrzymał rentę? .....

Czy wypadek zgłoszono na policji ? .....

/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/

Świadkowie wypadku (imię, nazwisko, adres) : .....

.....  
.....

Wyszczególnienie uszkodzonego mienia wraz ze szczegółową ich charakterystyką (wartość i rok nabycia) .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zgłaszam roszczenia o odszkodowanie w wysokości: .....

Załączniki : \*\*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kserokopia kartoteki choroby,       | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z pogotowia ratunkowego, |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie od lekarza leczącego, | <input type="checkbox"/> karta informacyjna ze szpitala,        |
| <input type="checkbox"/> kserokopie zwolnień lekarskich,     | <input type="checkbox"/> inne .....                             |

.....  
.....

Należne mi odszkodowanie proszę przelać na konto osobiste w Banku .....

Nr.....

**Zostałem poinformowany, że wysokość świadczenia związana ze szkodą na osobie zostanie ustalona po zakończeniu leczenia i uzyskaniu przez CONCORDIA POLSKA T UW orzeczenia komisji lekarskiej. Oświadczam, iż na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą i wg najlepszej wiedzy.**

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz.88 zz zmianami) informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą 61-119 Poznań, ul. św. Michała 43 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

.....  
/miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę/

.....  
/data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela  
CONCORDIA POLSKA T UW/

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - właściwe zaznaczyć znakiem "x"