

## ZGŁOSZENIE SZKODY NNW DZIECI I MŁODZIEŻY DO COMPENSA TU SA

### OWU ZNAJDUJĄ SIĘ W SEKRETARIACIE PLACÓWKI

#### **Szkodę można zgłosić w jeden z trzech możliwych sposobów:**

1. Telefonicznie – dzwoniąc na numer 801 120 000 lub 22 501 61 00
2. E-mailem - wysyłając zgłoszenie na [dokumenty@compensa.pl](mailto:dokumenty@compensa.pl)
3. Listownie – wysyłając niezbędne dokumenty oraz wypełniony formularz na adres: COMPENSA TU SA Vienna Insurance Group Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
4. On-line – na stronie <http://www.compensa.pl>

#### **NIEZBĘDNE INFORMACJE PRZY ZGŁASZANIU SZKODY:**

1. Data, godzina i miejsce wypadku
2. Numer polisy, z której będzie zgłaszana szkoda
3. Dane osobowe Rodzica (PESEL, seria i numer dowodu osobistego)
4. Dane teleadresowe i PESEL Poszkodowanego
5. Okoliczności zaistnienia wypadku
6. Dane jednostki policji i innych służb, interweniujących na miejscu zdarzenia
7. Dane kontaktowe do ewentualnych świadków zdarzenia
8. Rodzaj doznanych obrażeń ciała
9. Numer konta do wypłaty odszkodowania

#### **DO ZGŁOSZENIA DOŁĄCZMY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

1. Kserokopia dowodu osobistego prawnego opiekuna.
2. Dokumentacja medyczna z przeprowadzonego leczenia, w tym w szczególności z udzielenia pierwszej pomocy bezpośrednio po zdarzeniu; dokumentacja musi zawierać diagnozę lekarską i potwierdzać związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy wskazanym zdarzeniem, a doznanym urazem.
3. Oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat (w przypadku roszczeń dotyczących kosztów leczenia).

W każdej chwili możecie Państwo sprawdzić status szkody dzwoniąc na numer: 801 120 000 lub 22 501 61 00.

W razie problemów ze zgłoszeniem lub wypłatą odszkodowania należy skontaktować się z Agencją ubezpieczeniową obsługującą placówkę oświatową:

***Ubezpieczenia (PUNKT ERGO HESTIA) Bełchatów ul. Piłsudskiego 1,***

***889-180-353 lub 44 634-80-88***

## Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA typ \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie  Imienne  Bezimienne

### I. DATA I MIEJSCE WYPADKU

Data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Godzina \_\_\_\_ min. \_\_\_\_

Miejsce wypadku \_\_\_\_\_

### 2. UBEZPIEZAJĄCY / PRACODAWCA / UCZELNIA

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczętka) \_\_\_\_\_ Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

Telefon / faks / e-mail \_\_\_\_\_

podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej

### 3. POSZKODOWANY / UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon / faks / e-mail \_\_\_\_\_ Poszkodowany jest zawodnikiem klubu  Tak  Nie

Imię i nazwisko właściciela konta \_\_\_\_\_

Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

### 4. OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, RODZAJ DOZNANYCH OBRAŻEŃ

Dokładny opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

### 6. DODATKOWE INFORMACJE

Czy na miejsce zdarzenia wzywana była Policja?  Tak  Nie Jednostka Policji \_\_\_\_\_

Poszkodowany był trzeźwy w chwili wypadku  Tak  Nie Przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy \_\_\_\_\_

Jeżeli ubezpieczony uległ wypadkowi podczas prowadzenia pojazdu - podać nr i kategorii Prawa Jazdy / Karty Rowerowej \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przekazywanie Ubezpieczycielowi przez odpowiednie placówki medyczne / lekarzy informacji i dokumentacji medycznej zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408)

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późn zm.) informujemy, że Pan i / Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani / Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

#### UWAGA!

Obowiązkowo należy załączyć do zgłoszenia szkody - kartę informacyjną lub inny dokument z placówki medycznej z opisem obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem i datą wypadku.

data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

data \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

podpis Ubezpieczającego

podpis Poszkodowanego

podpis przedstawiciela Compensy