

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Ubezpieczenie ☒ Imienne ☐ Bezimienne

POLISA TYP 1 8 5 Nr 1112132

Data ____-____-____ Godzina ____ min. ____ Miejsce wypadku _____

Imię i nazwisko / Nazwa (pieczętka) _____ **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 9 IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI**

Adres z kodem pocztowym _____ **UL. ŁAZY KOSTKOWSKIE 14, 37-500 JAROSŁAW**

Telefon / faks / e-mail _____ **sekretariat@sp9.jaroslaw.pl**

Oświadczam, że poszkodowany jest objęty ochroną ubezpieczeniową

podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej

Imię i nazwisko _____

Adres z kodem pocztowym _____

PESEL _____ Telefon / faks / e-mail _____

Poszkodowany jest zawodnikiem klubu ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko właściciela konta _____ PESEL _____

Bank i numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie _____

Dokładny opis _____

Imię i nazwisko ojca _____ PESEL _____

Imię i nazwisko matki _____ PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____ e-mail _____

Czy na miejsce zdarzenia wzywana była Policja? ☐ Tak ☐ Nie Jednostka Policji _____

Poszkodowany by trzeźwy w chwili wypadku ☐ Tak ☐ Nie Przewidywany termin zakończenia leczenia _____

Kto i gdzie udzieli pierwszej pomocy _____

Jeżeli ubezpieczony uległ wypadkowi podczas prowadzenia pojazdu – podać nr i kategorię Prawa Jazdy / Karty Rowerowej _____

UWAGA!

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

Data ____-____-____

podpis Ubezpieczającego

podpis Poszkodowanego

podpis przedstawiciela Compensy

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na informowanie mnie o przebiegu procesu likwidacji szkody, w tym o dokumentach niezbędnych do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia oraz o podjętej decyzji za pośrednictwem poczty elektronicznej.

☒ Tak ☐ Nie Adres e-mail _____

☒ Tak ☐ Nie Adres e-mail

2/2