

Zgłoszenie Szkody (na osobie w przypadku poniesienia śmierci)

WAŻNE:
Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego druku (czytelnie), nie omijając żadnego z pól.
W przypadku pytań wyboru prosimy używać znaku "X" dla właściwej odpowiedzi.

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane osoby zmarłej

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____
Stan cywilny: _____ Data zgonu: ___ / ___ / 20___
Wykształcenie: _____ Zawód wykonywany: _____
Ostatni adres zamieszkania zmarłego: _____
Okres zamieszkania pod danym adresem: _____

Dane rodziny osoby zmarłej

Liczba posiadanych dzieci: _____
1. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 2. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____
3. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 4. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____
Liczba rodzeństwa: _____
1. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 2. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____
3. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 4. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____
Rodzice:
1. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 2. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____
Dziadkowie:
1. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 2. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____
3. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____ 4. Imię i nazwisko: _____ Wiek: _____

Dane osoby roszczącej

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____
Stan cywilny: _____ Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą: _____
Liczba posiadanych dzieci: _____
Wykształcenie: _____ Zawód wykonywany: _____
Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____
Telefon: _____ E-mail: _____

Dane opiekunów zgłaszających szkodę (jeżeli roszczący jest osobą niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną)

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____
Stopień pokrewieństwa: _____
Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____
Telefon: _____ E-mail: _____
Data i miejsce wydania pełnomocnictwa: _____ Nr dokumentu: _____
Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____
Stopień pokrewieństwa: _____
Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____
Telefon: _____ E-mail: _____
Data i miejsce wydania pełnomocnictwa: _____ Nr dokumentu: _____

Dane pełnomocnika roszczącego szkodę (w przypadku braku - nie dotyczy)

Imię i nazwisko/Nazwa firmy: _____ PESEL/REGON: _____
Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____
Telefon: _____ E-mail: _____
Data i miejsce wydania pełnomocnictwa: _____ Nr dokumentu: _____

Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: _____
Czytelny podpis: _____
Data: ___ / ___ / 20___

Informacje dodatkowe

Poszkodowany był uczestnikiem wypadku jako: Pasażer Kierowca Pieszy Rowerzysta

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

Policja _____ NAZWA _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Przyjechała Nie przyjechała Sporządziła protokół Nie sporządziła protokołu

Straż Pożarna _____ NAZWA _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Przyjechała Nie przyjechała Sporządziła protokół Nie sporządziła protokołu

Czy sprawa trafiła do sądu? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Numer sprawy: _____ Nazwa i adres jednostki: _____

Czy została udzielona pierwsza pomoc? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Nazwa jednostki/osoby: _____

Adres jednostki/osoby: _____

Czy zmarły w chwili zdarzenia był zapięty pasami bezpieczeństwa? NIE TAK

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu był pod wpływem alkoholu lub podobnie działających innych środków odurzających? NIE TAK

Jeśli TAK, kto?: _____

Czy zmarły przed zdarzeniem wspólnie z innymi uczestnikami zdarzenia spożywał alkohol lub inne środki odurzające? NIE TAK

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu zbiegł z miejsca zdarzenia? NIE TAK

Jeśli TAK, kto?: _____

Czy w zdarzeniu były osoby ranne? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać:

Imię i nazwisko: _____ Telefon: _____

Adres: _____

Czy w zdarzeniu były inne osoby, które poniosły śmierć? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać imię, nazwisko: _____

Czy zmarły pomagał Panu/i w codziennych obowiązkach? NIE TAK

Jeśli TAK, to w jaki sposób?: _____

Czy roszczęcy był zależny finansowo od zmarłego? NIE TAK

Jeśli TAK, to w jaki sposób?: _____

Czy podczas zdarzenia w pojeździe poszkodowanego były rzeczy, które uległy uszkodzeniu? NIE TAK

Jeśli TAK, jakie: _____

Czy wypadek był jednocześnie wypadkiem przy pracy? NIE TAK

Jak często Pan/i odwiedzał/a zmarłego: _____

Czy zamieszkiwał/a Pan/i pod tym samym adresem co zmarły? NIE TAK

Opis cierpienia osoby roszczącej po stracie osoby zmarłej: _____

Stan zdrowia osoby zmarłej przed zdarzeniem (wg wiedzy posiadanej przez roszczęcego)

Istniejące przed zdarzeniem choroby i uszkodzenia ciała: _____

Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: _____

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____

RESO Europa Service Sp. z o.o.
Partner BALCIA INSURANCE SE w Polsce
ZGŁOSZENIE SZKODY e-mail: likwidacja@reso.com.pl
T +48 87 565 4444, KOM +48 57 595 4444
www.reso.com.pl

