

Zgłoszenie Szkody (szkoda osobowa uszczerbek/osobowa po 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.
* niewłaściwe skreślić

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane dotyczące polisy

Nr polisy: _____

Dane dotyczące Poszkodowanego

Ubezpieczający/Ubezpieczony

Nazwa firmy: _____ REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Sprawca/osoba, która spowodowała szkodę:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Poszkodowany

Imię i nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Zgłaszający szkodę

Ubezpieczający Ubezpieczony Poszkodowany Pełnomocnik Inna osoba

Jeżeli zaznaczono "Pełnomocnik" bądź "Inna osoba", prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych oraz dołączenie oryginalnego pełnomocnictwa do działania w imieniu Poszkodowanego lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez radcę prawnego lub adwokata.

Imię i nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Informacje dotyczące szkody

Data i godzina wystąpienia szkody: ____ / ____ / 20__ ____ : ____

Miejsce powstania szkody:

Województwo: _____ Gmina: _____

Miejscowość: _____ Ulica, nr domu/mieszkania: _____

Adres i nazwa placówki: _____

Przyczyny powstania szkody i krótki opis obrażeń/przyczyna i okoliczności wystąpienia zgonu

Data przyjęcia do szpitala: ____ / ____ / 20__

Rozpoznanie/diagnoza: _____

Imię i nazwisko lekarza przyjmującego do szpitala: _____

Czy poszkodowany był wcześniej leczony w ubezpieczonym szpitalu? NIE TAK

Data wypisu ze szpitala: ____ / ____ / 20__

Imię i nazwisko lekarza wypisującego ze szpitala: _____

Przyczyna zgłoszenia roszczenia: _____

Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: _____

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20__

Roszczenia

Proszę określić rodzaj i wysokość roszczenia:

- koszty leczenia: _____ PLN
- zadośćuczynienie: _____ PLN
- inne: _____ PLN

Spis Poszkodowanych/pokrzywdzonych; rodzaj urazu/zgon

(W przypadku szkody osobowej po śmierci Poszkodowanego prosimy wskazać osobę/osoby najbliższe zmarłemu.)

Lp.	Imię i Nazwisko Roszczącego/ stopień pokrewieństwa	Data urodzenia Roszczącego	Nazwa urazu/przyczyna śmierci z aktu zgonu	Wartość roszczenia (w PLN)
1				- zadośćuczynienie _____ - koszty _____ - odszkodowanie po śmierci _____
2				- zadośćuczynienie _____ - koszty _____ - odszkodowanie po śmierci _____
3				- zadośćuczynienie _____ - koszty _____ - odszkodowanie po śmierci _____
4				- zadośćuczynienie _____ - koszty _____ - odszkodowanie po śmierci _____
5				- zadośćuczynienie _____ - koszty _____ - odszkodowanie po śmierci _____

Wartość szkody

Wnioskuje o wyliczenie wartości szkody według:

- faktur lub rachunków za leki, dojazdy przedłożonych przez Poszkodowanego
- dokumentacji medycznej dołączonej do niniejszego wniosku

Dane bankowe do wypłaty odszkodowania

Nazwa banku: _____

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

PESEL/REGON: _____

Adres właściciela rachunku bankowego: _____

Informacje dodatkowe

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

- Policja/Prokuratura _____ nazwa i adres jednostki _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
- Dyrekcja szpitala _____ nazwa i adres jednostki _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
- Inne _____ nazwa i adres jednostki _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____

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

Czy do spowodowania szkody przyczyniły się osoby trzecie?

NIE TAK Jeśli TAK, prosimy podać, kto:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy* _____ PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Czy Ubezpieczony został pozwany przez Poszkodowanego?

NIE TAK Jeżeli TAK, prosimy podać:

Sygnaturę sprawy i nazwę sądu: _____ Datę powództwa: ___ / ___ / 20 ___

Imię i Nazwisko osoby reprezentującej Poszkodowanego: _____

Ulica, nr domu/mieszkania: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Czy istnieją świadkowie szkody?

NIE TAK Jeżeli TAK, prosimy podać:

Imię i Nazwisko: _____

Ulica, nr domu/mieszkania: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Imię i Nazwisko: _____

Ulica, nr domu/mieszkania: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Wykaz dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody

- Kserokopia dowodu osobistego Poszkodowanego, a w przypadku gdy Poszkodowany jest małoletnim kserokopia aktu urodzenia i dowodu osobistego opiekuna prawnego; w przypadku zgonu Poszkodowanego kserokopia aktu zgonu; w przypadku Ubezpieczonego/Ubezpieczającego dokument wskazujący pełnienie funkcji nadzorczych nad placówką.
- Czytelna kserokopia dokumentacji medycznej z prowadzonego leczenia/dokumentacja z przeprowadzonej sekcji zwłok; w przypadku Ubezpieczonego/Ubezpieczającego pismo roszczeniowe otrzymane od Poszkodowanego.
- W przypadku ustanowienia pełnomocnika oryginalne pełnomocnictwo do działania w imieniu Poszkodowanego lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez radcę prawnego lub adwokata.
- Oświadczenie sprawcy zdarzenia, posiadane ekspertyzy medyczne, notatka policji, postanowienie prokuratora lub wyrok sądu.

Oświadczenie poszkodowanego

Ja niżej podpisany(a), oświadczam, że:

- Zgodnie z art. 16 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczącej przedmiotowej szkody:

telefonicznie na numer _____

na e-mail: _____

- Podane informacje w niniejszym zgłoszeniu szkody są prawdziwe, kompletne i dokładne. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 298 Kodeksu Karnego § 1 „Kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.
- Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przekazywanie przez Balcia Insurance SE moich danych osobowych innym podmiotom prawa polskiego powiązanych z towarzystwem ubezpieczeniowym Balcia Insurance SE, z którymi współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej.
- W związku ze złożeniem wniosku jestem poinformowany(a), że Balcia Insurance SE będzie nagrywać rozmowy telefoniczne i ustne, za pomocą nagrań audio i wideo, z prawem do korzystania z tych zapisów jako dowód w postępowaniu sądowym w sprawie odszkodowań ubezpieczeniowych.

Osoba poszkodowana

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20 ___

Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: _____

Czytelny podpis: _____

Data: ___ / ___ / 20 ___