

Zgłoszenie szkody z odpowiedzialności cywilnej zawodowej nauczycieli Ubezpieczenie z Klasą

Polisa nr _____
(wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa)

Ubezpieczający (proszę podać nazwę i adres)

Data wypadku _____ Godzina wypadku _____ : _____

Miejsce wypadku (proszę podać nazwę i adres)

1. Dane Ubezpieczonego

Imię (imiona) _____

Nazwisko _____

Zawód _____

Data urodzenia (d-m-r) _____

Miejsce zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu) _____

Kod pocztowy _____ – Miejscowość _____

Stan cywilny _____ Telefon kontaktowy _____

Liczba i wiek dzieci _____

e-mail _____

2. Świadkowie wypadku

(proszę podać nazwisko i adres)

3. Data i miejsce zgłoszenia wypadku policji

4. Opis wypadku

5. Czy wdrożono postępowanie karne, przeciwko komu? _____

6. Czy poszkodowany pracował u ubezpieczonego i czy zachodzi pokrewieństwo? _____

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

8. Czy ubezpieczony w świetle przepisów prawnych czuje się zobowiązany do odszkodowania, a jeśli nie to kto ponosi odpowiedzialność? _____

9. W jakim stopniu ponosi winę osoba poszkodowana? _____

10. Jakiego rodzaju szkody spowodował wypadek? (osobowe, rzeczowe) _____

11. **Szkody osobowe:** Na czym polega wypadek? Czy spowodował śmierć, jak długo potrwa leczenie, czy istnieje możliwość trwałego kalectwa? _____

12. Wysokość przeciętnych zarobków poszkodowanego przed wypadkiem za okres 12 miesięcy. _____

13. Czy poszkodowany podjął pracę po wypadku i ile ewentualnie wynosi jego wynagrodzenie miesięczne? _____

14. Czy żona poszkodowanego pracowała przed wypadkiem i ile wynosiło jej wynagrodzenie, a jeśli nie, to czy podjęła pracę po śmierci poszkodowanego i ile ewentualnie wynosi jej zarobek? _____

15. **Szkody rzeczowe** Co zostało uszkodzone i w jakim stopniu?

16. Wysokość kosztów naprawy _____

17. Data nabycia i cena uszkodzonych przedmiotów _____

18. Czy zgłoszono roszczenie o odszkodowanie i w jakiej wysokości? _____

19. Czy poszkodowany otrzymał wyrównanie strat od ubezpieczonego i w jakiej wysokości? _____

20. Czy toczy się postępowanie w sprawie i przed jakim sądem (gdzie)? _____

Oświadczam, że powyższe informacje są kompletne i zgodne z prawdą według mojej najlepszej wiedzy. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Polska S.A. ma prawo do odmowy wypłaty świadczenia w całości lub w części na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Podpis Ubezpieczającego

Podpis Poszkodowanego

Miejscowość i data

Podpis przedstawiciela TU Allianz Polska SA