

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SZKODY Z TYTUŁU NNW MYŚLIWEGO
Grupowej Umowy ubezpieczenia PZł (doubezpieczenie)

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Umowa Generalna/Polisa nr: | COR235617 |
| OKRES UBEZPIECZENIA | 01.01.2022 - 31.12.2022 |
| SUMA UBEZPIECZENIA | 75.000 zł |

| | |
|---|--|
| Numer szkody | |
| Ubezpieczony: /imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL/, nr tel., email | |
| Poszkodowany jest Członkiem Koła Łowieckiego TAK/NIE /Jeżeli tak proszę podać nazwę i adres Koła łowieckiego, nr legitymacji członkowskiej/ | |
| Data i miejsce zdarzenia: | |
| Zdarzenie miało miejsce w trakcie polowania zbiorowego/ polowania indywidualnego / w drodze na polowanie lub powrót z polowania/ w trakcie wykonywania czynności gospodarczych i innych prac zleconych przez PZł/ inne, jakie? | |
| Oświadczenie Poszkodowanego/ Ubezpieczonego, że w chwili wypadku: | <input type="checkbox"/> Nie byłem pod wpływem alkoholu <input type="checkbox"/> Nie byłem pod wpływem środków odurzających <input type="checkbox"/> Byłem pod wpływem alkoholu <input type="checkbox"/> Byłem pod wpływem środków odurzających |
| Szczegółowy opis okoliczności powstania zdarzenia/ wypadku wraz z podaniem przyczyny jego zaistnienia: | |
| Rodzaj doznanych obrażeń w wyniku nieszczęśliwego wypadku: | |
| Kto i gdzie udzielił pomocy Poszkodowanemu? | |
| Adres placówki medycznej, w którym poszkodowany leczył się po wypadku: | |
| Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono Policję, Prokuraturę, Pogotowie Ratunkowe lub inne służby jeśli tak, prosimy o podanie nazwy, adresu oraz daty zgłoszenia | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Świadkowie zdarzenia / wypadku /imię, nazwisko, adres, tel., email/ | |
| Dane osoby uprawnionej do odbioru świadczenia: | Imię i nazwisko |
| | Adres zamieszkania |
| | E-mail |
| | PESEL _____ Numer telefonu _____ |
| <i>podpis Poszkodowanego/ Zgłaszającego szkodę</i> | |

Załączniki;/wymagane jest poświadczenie za zgodność w ZO PZŁ lub innych jednostek PZŁ, OHZ PZŁ lub Koło Łowieckie/

1. kserokopia dowodu osobistego Poszkodowanego lub osób uprawnionych
2. kserokopia zwolnień lekarskich
3. kserokopia historii choroby
4. zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza prowadzącego leczenie
5. zaświadczenie z Pogotowia Ratunkowego/Policji
6. kserokopia legitymacji członkowskiej PZŁ
7. Inne.....

Forma wypłaty odszkodowania:

Przelew bankowy

właściciel rachunku

nazwa banku

numer konta bankowego

Przekaz pocztowy na adres

Oświadczam, że wszystkie dane podane do zgłoszenia szkody są zgodne z prawdą i składam je ze świadomością wynikającą ze skutków podawania fałszywych informacji.

.....
/miejsowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę/

POTWIERDZENIE OKOLICZNOŚCI I ZAISTNIENIA ZDARZENIA/WYPADKU PRZEZ KOŁO ŁOWIECKIE LUB ZARZĄD OKRĘGOWY/ należy podać krótki opis zdarzenia ze zwróceniem uwagi na przyczynę i okoliczności zaistniałego zdarzenia wraz z podaniem daty zgłoszenia szkody w Kole/OHZ przez Poszkodowanego/

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis uprawnionego Przedstawiciela Koła Łowieckiego
wraz z pieczęcią imienną lub Koła

ZGŁOSZENIE SZKODY I INFORMACJE O SZKODZIE:

WIENER T.U. S.A. Vienna Insurance Group
ul. Wołoska 22 A
02-675 Warszawa
tel.: (22) 469 69 69
fax:.(22) 469 69 70
e-mail: szkody.korporacyjne@wiener.pl

lub

WDB S.A.
ul. Fiołkowa 3
52-200 Wysoka
Anna Siworska
tel. kom.: 515 751 797
e-mail: anna.siworska@wdbsa.pl