

ANKIETA KLIENTA – ZADOŚĆUCZYNIENIE

informacje ogólne

data i godzina oraz miejsce wypadku

osoba poszkodowana była kierowcą pasażerem pieszym rowerzystą

czy na miejscu wypadku było pogotowie ratunkowe tak nie

czy na miejscu wypadku była policja tak nie

dane jednostki policji

czy dochodzenie zostało zakończone tak nie nie dotyczy nie wiem

czy zapadł wyrok przeciwko sprawcy tak nie nie dotyczy nie wiem

sygnatura akt sądowych i adres sądu

informacje dotyczące osoby poszkodowanej

imię i nazwisko

adres zamieszkania

doznane obrażenia ciała

.....

wykonywany zawód

miejsce zatrudnienia

forma zatrudnienia etat umowa zlecenia własna działalność inne

wysokość utraconych zarobków

czy posiada Pan/Pani polisę NNW tak nie

proszę podać numer polisy i nazwę zakładu ubezpieczeń, gdzie posiada polisę NNW

czy otrzymał/a Pan/Pani odszkodowanie z polisy NNW tak nie

czas przebywania na zwolnieniu lekarskim

czy wypadek był wypadkiem przy pracy tak nie

czy otrzymał/a Pan/Pani odszkodowanie z ZUS tak nie

czy miał/a Pan/Pani zapięte pasy tak nie

kto i kiedy udzielił pierwszej pomocy medycznej

czy leczenie zostało zakończone tak nie

czego nie może wykonywać (w pracy, w domu, hobby, sporty, pomoc rodzinie)

.....

poniesione koszty leczenia (leki, rehabilitacja, przejazdy, opieka)

.....

.....

dane o rodzinie (dzieci, inne osoby na utrzymaniu)

.....

.....

wpływ wypadku na plany na przyszłość

.....

.....

informacje dotyczące sprawy wypadku

imię i nazwisko kierującego pojazdem

adres zamieszkania kierującego pojazdem

imię i nazwisko właściciela pojazdu sprawcy wypadku

adres zamieszkania właściciela pojazdu sprawcy wypadku

numer rejestracyjny oraz marka pojazdu sprawcy

numer polisy OC sprawcy wypadku oraz nazwa zakładu ubezpieczeń

okoliczności wypadku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

inne straty materialne (odzież, posiadane mienie)

.....

.....

.....

Do ankiety załączam następujące dokumenty

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Karta informacyjna ze szpitala | <input type="checkbox"/> Umowa o pracę, umowa zlecenia, zaświadczenie o zarobkach i utraconych zarobkach |
| <input type="checkbox"/> Historia choroby | <input type="checkbox"/> Faktury za przejazdy taksówkami |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenia lekarskie, skierowania na rehabilitację | <input type="checkbox"/> Zestawienie kosztów przejazdów w związku z leczeniem – proszę dołączyć kserokopię dowodu rejestracyjnego oraz oświadczenia osoby przewożącej. |
| <input type="checkbox"/> kserokopia dowodu osobistego | <input type="checkbox"/> Korespondencja z Zakładem Ubezpieczeń |
| <input type="checkbox"/> Zwolnienia lekarskie | <input type="checkbox"/> Policja – notatka urzędowa potwierdzająca winę sprawcy |
| <input type="checkbox"/> Karty zabiegów rehabilitacyjnych | <input type="checkbox"/> Informacja z prokuratury dotycząca aktu oskarżenia lub umorzenia sprawy |
| <input type="checkbox"/> Faktury za wizyty lekarskie | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> Faktury za zakup lekarstw, przyrządów rehabilitacyjnych | |
| <input type="checkbox"/> Wyrok Sądu skazującego sprawcę wypadku | |
| <input type="checkbox"/> Decyzja z komisji lekarskich (ZUS lub inny zakład ubezpieczeń) | |
| <input type="checkbox"/> Rachunki za inne szkody materialne (ubrania i przedmioty zniszczone w wypadku) | |

Data i podpis Poszkodowanego