



Druk klienta – dla osoby poszkodowanej

1. Imię i nazwisko osoby poszkodowanej
Tel. kontaktowy
E-mail
2. Data godzina miejsce zdarzenia
3. Osoba poszkodowana była
Kierowcą ☐
Pasażerem ☐
Pieszym ☐
Inne.....
4. Nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego, numery polis z których ma być dochodzone roszczenie:
.....
5. Właściwa jednostka policji prowadząca postępowanie
.....
6. Prokuraturaw.....
7. Sądw.....
8. Krotki opis zdarzenia
.....
.....
.....
.....
.....

9. Proszę wymienić szpitale, przychodnie i gabinety lekarskie w których dotychczas odbywało się leczenie skutków wypadku.

.....

.....

.....

.....

10. Proszę wymienić placówki medyczne w których planowane jest dalsze leczenie (gabinety specjalistyczne, rehabilitacyjne itd.), w tym ewentualny przypuszczalny termin zakończenia leczenia.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Proszę podać odczuwane wskutek zdarzenia dolegliwości bólowe, powstałe na skutek wymienionego zdarzenia dysfunkcje ciała , inne ujemne następstwa powstałe w zdrowiu wskutek wypadku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Czy wskutek wypadku powstała konieczność korzystania z pomocy i opieki osób trzecich, proszę opisać zakres otrzymywanej pomocy ze wskazaniem od kogo ją Pan/Pani otrzymał oraz w jakim okresie i jakim wymiarze dziennym była ona świadczona. (jeżeli w/w pomoc była świadczona w różnym zakresie na poszczególnych etapach leczenia proszę to uwzględnić)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

inne dowody dokumentujące poniesione koszty

Tak ☐ / **Nie** ☐.

[illegible]

15. Czy w związku z wypadkiem doszło do uszczuplenia Pana/Pani zarobków **Tak** ☐ / **Nie** ☐

.....

.....

.....

.....

.....

Na potwierdzenie w/w dołączam zaświadczenie o utraconych zasiłkach **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ,
inne dokumenty

.....
.....
.....
.....
.....
.....

16. Proszę opisać jak zdarzenie wpłynęło na Pana/Pani życie, jakie utrudnienia pojawiły się w codziennym życiu, czy wskutek wymienionego doszło do zaniedbania lub zaprzestania wykonywania określonych obowiązków domowych, zawodowych, z jakich zajęć, hobby, sportów Pan/Pani zrezygnował

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

17. Ważne informacje istotne zdaniem wypełniającego druk

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(oświadczam że w/w dane są zgodne z prawdą)