

**ZAŁĄCZNIK DO ZGŁOSZENIA WYPADKU
Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
CYWILNEJ W PRZYPADKU SZKODY NA OSOBIE**

Nr szkody:

_____ / _____ / _____

1. Proszę o uzasadnienie wysokości roszczenia:

2. Proszę szczegółowo opisać okoliczności i przyczyny zdarzenia:

3. Proszę opisać rodzaj doznanych obrażeń:

4. Czy poszkodowany doznał kiedykolwiek przed wypadkiem podobnych obrażeń ciała? Jeżeli tak, proszę o podanie kiedy oraz w jakich zakładach opieki medycznej (nazwa i adres) prowadził leczenie.

5. Proszę podać w jakich zakładach opieki medycznej Poszkodowany prowadził leczenie i rehabilitację w związku z wypadkiem (nazwa i adres) oraz w jakim okresie, prosimy o podanie imienia i nazwiska lekarza prowadzącego.

6. Proszę podać liczbę zabiegów operacyjnych związanych z wypadkiem oraz okresy przebywania w szpitalach:

7. Prosimy podać informacje o dacie zakończenia leczenia, jeżeli leczenie nie zostało zakończone prosimy podać przewidywaną datę jego zakończenia:



EHM01020030391105

1. Pełną dokumentację medyczną z przebiegu leczenia oraz rehabilitacji związaną z wypadkiem.
2. Karty informacyjne leczenia szpitalnego oraz wypisy z leczenia szpitalnego (o ile Poszkodowany był hospitalizowany).
3. Dokumentację medyczną z poprzedniego przebiegu leczenia o ile Poszkodowany doznał wcześniej podobnych obrażeń.
4. Pisemne oświadczenia świadków wypadku dotyczące okoliczności oraz przebiegu zdarzenia.

Nazwisko i imię	Miejscowość	Podpis Poszkodowanego
	(DD:MM:RRRR)	