

15. Dane sprawcy wypadku i pojazdu:

- a) nr rejestracyjny
- b) marka/ model pojazdu
- c) imię i nazwisko właściciela
- d) imię i nazwisko kierującego
- e) polisa OC sprawcy wykupiona w (podać nazwę zakładu ubezpieczeń i nr polisy)

16. Czy na miejscu wypadku była Policja TAK NIE z
pogotowie TAK NIE z

17. Czy sprawa trafiła do Sądu TAK NIE / gdzie.....
(sygnatura akt.....) jak się zakończyło postępowanie
..... data wyroku.....

18. Czy wypadek miał miejsce w związku z wykonywaniem pracy zawodowej TAK NIE

19. Czy poszkodowany korzysta z ubezpieczenia społecznego TAK NIE ZUS KRUS

20. Czy poszkodowany posiada dobrowolne ubezpieczenie NNW (następstw nieszczęśliwych wypadków) TAK NIE ubezpieczenie na życie TAK NIE
Podać zakład ubezpieczeń i nr polisy

21. Czy my mamy wystąpić z roszczeniem z ubezpieczenia dobrowolnego TAK NIE. Jeśli tak to kopia POLISY !!! (z potwierdzeniem zawarcia ubezpieczenia).

22. Czy poszkodowany/ uprawniony zgłaszał we własnym zakresie szkodę z ubezpieczenia OC sprawcy TAK NIE , jeśli tak, to gdzie i z jakim skutkiem (kopie decyzji i korespondencji zakładu ubezpieczeń).....

23. Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pomocy bezpośrednio po wypadku

24. Obrażenia doznane w wypadku (dołączyć dokumentację lekarską i opisać szczegółowo na druku „Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku”).

25. Czy przedmiotowe zdarzenie wywołało problemy ze snem TAK NIE

26. Osoba poszkodowana jest leworęczna praworęczna

27. Czy praca zawodowa/ nauka/ inne czynności wymagają pozycji:

siedzącej (ilość godzin.....), stojącej (ilość godzin.....), dźwigania

podpisy Zleceniodawcy.....

28. Uszkodzenia ciała istniejące przed wypadkiem

.....

29. Ile dni poszkodowany nie był zdolny do pracy (kopie zwolnień lekarskich)

30. Czy poszkodowany przebywał w szpitalu, klinice, itp., jeśli tak, to gdzie? (nazwa placówki, dokładny adres /**wskazać ODDZIAŁY, PORADNIE**).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

jak długo? dni.(dołączyć kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego)

31. Placówki medyczne w których poszkodowany kontynuował leczenie po wypadku (nazwa, dokładny adres / **wskazać ODDZIAŁY, PORADNIE**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

czy my mamy wystąpić po dokumentację do w/w placówek TAK NIE (Poszkodowany sam dostarczy)

32. Jakże poszkodowany przebył zabiegi podczas leczenia

.....

.....

.....

podpisy Zleceniodawcy.....

33. Czy poszkodowany korzystał z przedmiotów ortopedycznych TAK NIE Jeśli tak, to z jakich (kule, kołnierz ortopedyczny, itp.).....Przedłożyć oryginały faktur
34. Ile czasu poszkodowany nosił kołnierz, kule, stabilizator.....
35. Czy poszkodowany korzystał z zabiegów rehabilitacyjnych, jeśli tak to gdzie?
.....
.....(załączyć kserokopię skierowań i karty zabiegów)
36. Czy poszkodowany leczył się farmakologicznie w związku z wypadkiem TAK NIE
Przedłożyć oryginały faktur, paragonów, rachunków.....
37. Czy leczenie farmakologiczne polegało jedynie na uśmierzaniu bólu (jedynie zakup środków przeciwbólowych TAK NIE, jakich
38. Czy aktualnie utrzymują się dolegliwości związane z wypadkiem TAK NIE. Jeśli tak to opisać na druku „Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku”).
39. Czy poszkodowany przyczynił się do powstania wypadku (nagle wtargnął na jezdnię, nie zapiął pasów, itp.) TAK NIE. Jeśli tak, to opisać sposób przyczynienia
40. Czy poszkodowany uprawia czynnie sport, taniec, jazdę rowerem inne hobby/ jeśli tak, to jakie
41. Czy w związku z wypadkiem nastąpiło pogorszenie sytuacji życiowej poszkodowanego (opisać na druku „Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku”)......
42. Czy po wypadku ktoś pomagał osobie poszkodowanej w: prowadzeniu działalności/ wykonywaniu pracy/ w gospodarstwie rolnym TAK NIE- jeśli tak, dołączyć oświadczenia tych osób
43. Dodatkowe wyjaśnienia do niniejszego wniosku.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

W niniejszym wniosku udzieliłem odpowiedzi zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

podpisy Zleceniodawcy.....