

Imię i Nazwisko poszkodowanego:

Adres:

Tel. kontaktowy: E-mail:

Rodzaj wypadku/szkody (zaznaczyć właściwe):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> szkoda na osobie | <input type="checkbox"/> błąd medyczny/diagnostyczny | <input type="checkbox"/> szkoda rzeczowa/majątkowa |
| <input type="checkbox"/> wypadek komunikacyjny | <input type="checkbox"/> wypadek przy pracy | <input type="checkbox"/> wypadek w gosp. rolnym |

OPIS ZDARZENIA

Dokonując opisu zdarzenia, proszę w szczególności wskazać:

- datę i miejsce zdarzenia
- okoliczności w jakich doszło do zdarzenia
- dane osób uczestniczących w zdarzeniu (imiona i nazwiska)
- czy na miejsce zdarzenia wezwana została Policja/Pogotowie Ratunkowe?
- czy szkoda była już zgłaszana do ubezpieczyciela/sprawcy zdarzenia? Jeśli tak, to kiedy i którego?
- czy było prowadzone postępowanie sądowe o ukaranie sprawcy zdarzenia? Jeśli tak, to przed jakim Sądem?, czy dysponuje Pan/Pani dokumentami ze sprawy sądowej?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OPIS SKUTKÓW NA ZDROWIU I DOZNANYCH CIERPIEŃ FIZYCZNYCH

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy Pan/Pani wymagała opieki osób trzecich: TAK NIE
Jeśli tak, to proszę o wypełnienie oświadczenia przez osobę świadczącą pomoc i opiekę.
(Załącznik nr 9) - Oświadczenie o opiece osób trzecich

Czy cierpiał Pan/Pani na bezsenność?: TAK NIE
Czy zmuszony był Pan/Pani zażywać leki przeciwbólne: TAK NIE
Czy posiada Pan/Pani orzeczony stopień niepełnosprawności: TAK NIE

OPIS SKUTKÓW NA ZDROWIU I DOZNANYCH CIERPIEŃ PSYCHICZNYCH

Dokonując opisu, proszę w szczególności wskazać:

- Czy w związku ze zdarzeniem Pan/Pani cierpiał lub cierpi nadal na zespół stresu pourazowego? (lęki, depresja, złe samopoczucie, poczucie krzywdy, ograniczenie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi)
- Czy w związku ze zdarzeniem Pan/Pani wraca myślami do przedmiotowego zdarzenia?
- Czy w związku ze zdarzeniem Pan/Pani była zmuszona do skorzystania z pomocy psychologa/psychiatry?
Jeśli tak, to jak często? Czy nadal korzysta Pan/Pani z pomocy psychologa/psychiatry?

- Czy zmuszona był/była Pan/Pani zażywać leki psychotropowe? (przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, nasenne)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Osoby, które mogą w charakterze świadka potwierdzić Pana/Pani cierpienia fizyczne i psychiczne związane z procesem leczenia i rehabilitacji:

1.
	[Imię i Nazwisko]	[Adres]
2.
	[Imię i Nazwisko]	[Adres]
3.
	[Imię i Nazwisko]	[Adres]

ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA PRACY ZAROBKOWEJ PO WYPADKU

- Czy wykonywał Pan/Pani pracę zarobkową przed wypadkiem? TAK NIE
Jeśli tak, jakiego rodzaju była to praca? Jaki osiągał Pan/Pani dochód netto miesięczny?

.....

.....

.....

.....

.....

- Czy posiada Pan/Pani orzeczony stopień niepełnosprawności? TAK NIE
- Czy jest Pan/Pani w stanie nadal wykonywać pracę zarobkową jak przed wypadkiem? TAK NIE

- Czy przebywał Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim? TAK NIE

Jeśli przebywa Pan/Pani nadal na zwolnieniu lekarskim, proszę wskazać datę do kiedy?
.....

- Czy w związku ze zdarzeniem i obecnym stanem zdrowia została Panu/Pani wypowiedziana lub nie przedłużona umowa o pracę/zlecenie/dzieło? TAK NIE

- Czy w związku z wypadkiem pobiera Pan/Pani świadczenie rentowe? TAK NIE

Jeśli tak, to jakiego rodzaju rentę i w jakiej wysokości netto?
.....
.....

- Czy występował Pan/Pani do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych/Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku? TAK NIE

Jeśli tak, to kiedy i jaki został Panu/Pani orzeczony procentowy stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu?
.....
.....

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że wszystkie udzielone przeze mnie informacje powyżej są zgodne z prawdą i stanem faktycznym, w celu weryfikacji mojej sprawy i prowadzenia postępowania odszkodowawczego w związku z doznaną szkodą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Kancelarię Adwokacką adw. Paweł Mirski w Koszalinie, ul. Waryńskiego 4/3, 75-451 Koszalin, moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celu weryfikacji mojej sprawy i w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania odszkodowawczego w związku z doznaną szkodą.

Miejscowość:

Data:

.....
[czytelny podpis]