

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)

Ubezpieczający:.....

/imię i nazwisko wraz z adresem - w przypadku szkoły, firmy lub innej instytucji wymagana jest pieczęć/

Poszkodowany:.....

/imię i nazwisko wraz z adresem/

.....

/rodzaj wykonywanej pracy lub rodzaj uprawianej dyscypliny sportu - klub sportowy/

/data urodzenia/

/PESEL/

.....

/nr telefonu/

/skrzynka internetowa - e-mail /

Zgłaszający roszczenie / Opiekun prawny (gdy poszkodowany jest nieletni):

.....

/imię i nazwisko/

.....

/adres/

/PESEL/

/nr dowodu osobistego/

1. Seria i nr polisy ....., okres ubezpieczenia.....

Suma ubezpieczenia ....., zakres ubezpieczenia .....

2. Data wypadku : ..... miejsce wypadku /zachorowania :.....

/rok, miesiąc, dzień, godzina/

/ulica, miejscowość/

3. Rodzaj świadczenia\*\*:

Uszczerbek na zdrowiu- obrażenia ciała,

Zwrot kosztów leczenia,

Dzielne świadczenie szpitalne ( NNW / CHOROBA ),

Inne świadczenie - podać jakie:

.....

.....

.....

4. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Rodzaj obrażeń ciała (podać dokładnie i wyczerpująco):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy? .....

TAK/NIE

7. Czy wypadek zgłoszono na Policji? .....

/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/

8. Jeżeli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny - podać nr i kat. prawa jazdy .....czy był zapięty pasami bezpieczeństwa? TAK\*/NIE\*

9. Dane pojazdu: marka i model ..... Nr rejestracyjny .....

(dotyczy szkody komunikacyjnej)

10. Czy poszkodowany jest objęty innym ubezpieczeniem w Towarzystwie Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” w zakresie NNW? Jeżeli tak - prosimy podać nr polisy .....

11. Koszty związane z nieszczęśliwym wypadkiem:

**Wymagane pole \***

TUZ TUW zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych dokumentów u innych Podmiotów oraz innych Zakładach Ubezpieczeń.

Czy Poszkodowany występował z tytułu kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu środków pomocniczych i ortopedycznych do innego Podmiotu w tym do innego Zakładu Ubezpieczeń ?	TAK*/ NIE* Jeżeli tak, proszę podać nazwę towarzystwa i numer polisy .....
Czy Poszkodowany otrzymał zwrot środków z tytułu kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu środków pomocniczych i ortopedycznych od innego podmiotu w tym od innego Zakładu Ubezpieczeń? / Czy inne Podmioty bądź inne Zakłady Ubezpieczeń zrefundowały zgłoszone koszty leczenia Poszkodowanemu?	TAK*/ NIE* Jeżeli tak, proszę podać nazwę towarzystwa numer polisy oraz spis imiennych rachunków bądź faktur .....
Czy Poszkodowany zamierza wystąpić tytułu kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu środków pomocniczych i ortopedycznych do innego Podmiotu w tym do innego Zakładu Ubezpieczeń?	TAK*/ NIE* Jeżeli tak, proszę podać nazwę towarzystwa i numer polisy oraz spis imiennych rachunków bądź faktur .....

**Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**W przypadku gdyby okazało się, że powyższe okoliczności są inne niż wskazane zobowiązuję się do zwrotu nienależnych świadczeń w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty**

.....  
/miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę /osoby Poszkodowanej /

12. Czy to jest pierwsza szkoda? TAK\*/ NIE\*.

Jeżeli nie - prosimy podać datę i nr poprzedniej szkody .....

13. Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pomocy bezpośrednio po wypadku?

.....  
.....

14. Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(ł)\* się po wypadku:

.....

15. Przewidywany termin zakończenia leczenia .....  
okres niezdolności do pracy .....

16. Świadkowie wypadku (imię, nazwisko, adres): .....

.....

**Dotyczy potwierdzenia ubezpieczenia wypełnia: - szkoła\*- firma\*- inna instytucja ubezpieczająca\***

Oświadczamy, że poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNNW zgodnie z polisą nr ..... i figuruje pod pozycją nr ..... wykazu imiennego na sumę ubezpieczenia .....zł. Składka w zł ..... opłacona dnia ..... 200.....roku.

Wypadek został uznany\*/nie uznany\* za wypadek w pracy\* - w drodze do pracy\* - w drodze z pracy\*

.....  
/data i podpis uprawnionego pracownika ubezpieczającej  
instytucji/ firmy wraz z jego pieczęcią imienną/

**Należne mi świadczenie :**

proszę przekazać pocztą pod mój adres domowy:

.....

proszę przelać na konto osobiste nr:

.....

**Przyjmuję do wiadomości, że w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku, orzeczenie lekarskie nastąpi po zawiadomieniu Towarzystwa o zakończeniu leczenia. Jeżeli ubezpieczenie obejmuje również wydatki na koszty leczenia, , przyjmuję do wiadomości, iż mogą one być zwrócone wyłącznie po udokumentowaniu ich imiennych rachunków bądź faktur.**

**Oświadczam, iż na powyższe pytania odpowiedziałem(am)\* zgodnie z prawdą i wg najlepszej wiedzy.**

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 41, 02-672 Warszawa (dalej „TUZ”).
- 2) Z TUZ można skontaktować się poprzez adres e-mail: centrala@tuz.pl, lub pisemnie (adres siedziby administratora). W TUZ wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować poprzez email: iod@tuz.pl, lub pisemnie (adres siedziby administratora). Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
- 3) Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu obsługi zgłoszenia szkody oraz przeprowadzenia procesu likwidacji szkody. Podstawą przetwarzania jest: - niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia, której dotyczy szkoda - w przypadku gdy zgłaszający szkodę jest jednocześnie ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym do świadczenia z umowy ubezpieczenia, - niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TUZ, którym jest wykonanie zobowiązań administratora wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia - w przypadku, gdy zgłaszającym szkodę jest osoba inna niż powyżej.
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.
- 5) Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom uczestniczącym w procesie likwidacji szkody, w szczególności rzeczoznawcom, biegłym - przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z TUZ i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu TUZ, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Wyrażenie sprzeciwu nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wyrażeniem. W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody - przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od TUZ Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.
- 7) Podanie danych osobowych jest konieczne dla skutecznego zgłoszenia szkody - bez podania danych nie jest możliwe zgłoszenie szkody.

.....  
/miejsce, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę /osoby Poszkodowanej /

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - właściwe zaznaczyć znakiem "x"

.....  
/data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela Towarzystwa/

**Załączniki :\*\***

zaświadczenie z pogotowia ratunkowego,

zaświadczenie od lekarza leczącego o przebiegu leczenia oraz jego zakończeniu,

karta informacyjna ze szpitala,

kserokopia kartoteki choroby,

kserokopie zwolnień lekarskich,

zdjęcia RTG,

imienne rachunki bądź faktury ,

dokument potwierdzający pobyt za granicą (przy wykupionym ubezpieczeniu KL),

inne .....