

ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)

Ubezpieczający:
/imię i nazwisko, adres; w przypadku szkoły, firmy lub innej instytucji, wymagana jest pieczęć/

Poszkodowany:
/imię i nazwisko, adres/

.....
/rodzaj wykonywanej pracy lub rodzaj uprawianej dyscypliny sportu – klub sportowy/ /data urodzenia/ /nr PESEL/
.....
/nr telefonu/ /adres e-mail /

Zgłaszający roszczenie (opiekun prawny), gdy poszkodowany jest nieletni:

.....
/imię i nazwisko/ /nr PESEL/ /nr dowodu osobistego/
.....
/adres/

1. Seria i nr polisy: 2. Data wypadku/zachorowania:
/rok, miesiąc, dzień, godzina/

3. Miejsce wypadku/zachorowania:
/ulica, miejscowość/

4. Rodzaj świadczenia, o które się ubiegam: (właściwe zaznaczyć znakiem "x")
☐ uszczerbek na zdrowiu (obrażenie ciała) w wyniku nieszczęśliwego wypadku
☐ zwrot kosztów leczenia
☐ dzienne świadczenie szpitalne (w wyniku choroby lub NNW), za okres od.....do.....
☐ inne świadczenie – podać jakie:
.....
.....

5. Czy to jest pierwsza szkoda? Tak ☐ Nie ☐ - data i nr poprzedniej szkody:

6. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (proszę opisać jak najdokładniej):
.....
.....
.....

7. Rodzaj obrażeń ciała (proszę opisać jak najdokładniej):
.....
.....
.....

8. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy? Tak ☐ Nie ☐

9. Czy wypadek zgłoszono do służb państwowych (policja, pogotowie ratunkowe, sąd)? Tak ☐ Nie ☐

Jeśli tak:
/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/

10. Czy byli świadkowie wypadku? Tak ☐ Nie ☐
.....
/imię, nazwisko, adres/
.....
/imię, nazwisko, adres/

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

.....

12. Nazwa i adres zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(ł) się po wypadku:

.....

13. Przewidywany termin zakończenia leczenia, jeśli nadal trwa:

okres niezdolności do pracy:

Jeżeli szkoda powstała w wyniku zdarzenia związanego z pojazdem

14. Dane pojazdu: marka i model nr rejestracyjny

15. Czy poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?

Nie ☐ Tak ☐ - nr i kat. prawa jazdy

16. Czy poszkodowany był zapięty pasami bezpieczeństwa? Nie ☐ Tak ☐

17. Czy poszkodowany jest objęty innym ubezpieczeniem w zakresie NNW w TUZ Ubezpieczenia?

Nie ☐ Tak ☐ - nr polisy

Oświadczenie odnośnie zgłoszenia kosztów związanych z nieszczęśliwym wypadkiem

18. Czy poszkodowany występował z tytułu kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu środków pomocniczych i ortopedycznych do innego podmiotu, w tym do innego zakładu ubezpieczeń?	(Odpowiedź wymagana) Nie ☐ Tak ☐ - nr polisy i nazwa towarzystwa:
19. 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?	(Odpowiedź wymagana) Nie ☐ Tak ☐ - nr polisy i nazwa towarzystwa : Spis imiennych rachunków i/lub faktur: (nr faktury, kwota brutto, opis przedmiotu)
20. Czy poszkodowany zamierza wystąpić z tytułu kosztów leczenia, rehabilitacji, zakupu środków pomocniczych ortopedycznych do innego podmiotu, w tym do innego zakładu ubezpieczeń?	(Odpowiedź wymagana) Nie ☐ Tak ☐ - nr polisy i nazwa towarzystwa Spis imiennych rachunków i/lub faktur: (nr faktury, kwota brutto, opis przedmiotu)

TUZ Ubezpieczenia zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów u innych podmiotów oraz innych zakładów ubezpieczeń.

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

.....
miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę / osoby poszkodowanej*

Dotyczy potwierdzenia ubezpieczenia grupowego.
Wypełnia: szkoła / firma / inna instytucja ubezpieczająca*

Oświadczamy, że poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNW zgodnie z polisą nr
i figuruje pod pozycją nr wykazu imiennego na sumę ubezpieczeniazł.
Składka w zł opłacona dnia 202.....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

Należy mi świadczenie :

☐ proszę przesłać przekazem pocztowym na adres:

☐ proszę przelać na konto osobiste nr:

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

.....
miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę / osoby poszkodowanej *

.....
data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela towarzystwa

Załączniki: (właściwe zaznaczyć znakiem "x")

- ☐ zaświadczenie z pogotowia ratunkowego
- ☐ zaświadczenie od lekarza leczącego o przebiegu leczenia oraz jego zakończeniu
- ☐ zaświadczenie o zakończeniu leczenia
- ☐ karta informacyjna ze szpitala
- ☐ kserokopia kartoteki choroby
- ☐ imienne rachunki bądź faktury
- ☐ inne

*niepotrzebne skreślić

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 41, 02-672 Warszawa (dalej „TUZ TUW”).
2. Z TUZ TUW można skontaktować się poprzez adres e-mail: centrala@tuz.pl, lub pisemnie (adres siedziby administratora). W TUZ TUW wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować 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: konieczność 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, konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TUZ TUW, 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 TUW 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 TUW, 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 TUW 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.