

**ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KONTYNUACJI LECZENIA NNW W POLSCE**

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/ lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość\*\*  
.....  
nr telefonu      adres e-mail

Zgłaszający roszczenie (opiekun prawny), gdy poszkodowany jest nieletni:  
.....  
imię i nazwisko      nr PESEL/ lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość\*\*  
.....  
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: (właściwie 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(t) 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

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

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.**

.....

miejsowość, data

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 ubezpieczenia .....zł.  
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.**

.....  
miejsowość, 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

\*\* nr dokumentu potwierdzającego tożsamość tylko w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

### Klauzula informacyjna TUZ Ubezpieczenia w związku z obsługą i rozpatrywaniem zgłoszeń likwidacji szkód oraz skarg i reklamacji

|  |  |
|--|--|
| <b>Administrator danych</b>                                      | Administratorem danych osobowych jest <b>TUZ Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna</b> (dawniej TUZ TUW), z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 41, 02-672 Warszawa (dalej „TUZ Ubezpieczenia” lub „Administrator danych”).   |
| <b>Dane kontaktowe</b>   | Z Administratorem danych można skontaktować się poprzez adres e-mail: <a href="mailto:centrala@tuz.pl">centrala@tuz.pl</a> lub pisemnie (adres siedziby administratora). W TUZ Ubezpieczenia wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez email: <a href="mailto:iod@tuz.pl">iod@tuz.pl</a> lub pisemnie (adres siedziby Administratora danych).  |
| <b>Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania</b>     | <p>Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identyfikacji statusu osoby zgłaszającej (ubezpieczający, ubezpieczony, poszkodowany) oraz jej relacji do umowy ubezpieczenia lub zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;</li> <li>• likwidacji szkody, w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej oraz wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia</li> <li>• rozpatrywania reklamacji oraz raportowania do Rzecznika Finansowego,</li> <li>• po zakończeniu powyższych procesów – w celach archiwizacyjnych, na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów administratora, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń;</li> <li>• rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji niezwiązanych z procesem likwidacji szkody oraz raportowania do Rzecznika Finansowego, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów administratora;</li> <li>• kontroli prawidłowości prowadzonych postępowań oraz ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.</li> </ul> <p>Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z przepisami prawa w zakresie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, o ubezpieczeniach obowiązkowych, rozpatrywaniu reklamacji oraz Kodeksu cywilnego</li> <li>• art. 6 ust. 1 lit. f RODO – prawnie uzasadniony interes administratora polegający na obsłudze reklamacji oraz ochronie przed roszczeniami;</li> <li>• w przypadku danych szczególnych kategorii – art. 9 ust. 2 lit. f RODO, o ile ma to zastosowanie.</li> </ul> |
| <b>Zakres danych i osoby, których dane mogą być przetwarzane</b> | W związku z obsługą i rozpatrywaniem zgłoszeń likwidacji szkód, reklamacji oraz skarg administrator może przetwarzać dane osobowe różnych kategorii osób, w zależności od charakteru sprawy, w szczególności: osoby składającej reklamację (ubezpieczającego, ubezpieczonego lub poszkodowanego); innych osób, których dane są niezbędne do rozpatrzenia sprawy (np. uczestników zdarzenia, świadków). Zakres przetwarzanych danych jest każdorazowo ograniczony do niezbędnego minimum.   |
| <b>Okres przechowywania danych</b>                               | Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do obsługi i rozpatrzenia zgłoszeń likwidacji szkód oraz reklamacji i skarg, a następnie przez okres wymagany przepisami prawa lub do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń.   |
| <b>Odbiorcy danych</b>   | <p>Dane osobowe mogą być przekazywane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności organom nadzoru i kontroli;</li> <li>• innym zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom lub Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu – w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia reklamacji lub realizacji obowiązków ustawowych;</li> <li>• podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie TUZ Ubezpieczenia, w szczególności dostawcom usług IT, podmiotom zajmującym się likwidacją szkód, windykacją należności, kancelariom prawnym, rzeczoznawcom majątkowym, podmiotom wykonującym usługi naprawcze w ramach szkód oraz agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia.</li> </ul> <p>Podmioty te przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z TUZ Ubezpieczenia i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora danych.</p> <p>Dane osobowe przetwarzane są na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego.</p>   |
| <b>Prawa osoby, której dane dotyczą</b>                          | <p>Osobom, których dane dotyczą przysługują prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację,</li> <li>- prawo dostępu do Twoich danych osobowych,</li> <li>- prawo żądania sprostowania Twoich danych osobowych,</li> <li>- prawo żądania usunięcia Twoich danych osobowych,</li> <li>- prawo żądania ograniczenia przetwarzania Twoich danych osobowych,</li> <li>- prawo do przenoszenia Twoich danych osobowych.</li> </ul> <p>Aby skorzystać z powyższych praw, należy skontaktować się z Administratorem danych lub Inspektorem ochrony danych.</p> <p>Osobie, której dane dotyczą przysługuje również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.</p>  |
| <b>Źródło pochodzenia danych</b>                                 | <p>Pani/Pana dane osobowe mogą pochodzić bezpośrednio od Pani/Pana lub od innych osób, w szczególności od ubezpieczającego, ubezpieczonego, poszkodowanego, zgłaszającego szkodę, a także z dokumentacji dotyczącej umowy ubezpieczenia lub zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.</p> <p>W przypadku pozyskania danych osobowych w sposób pośredni administrator realizuje obowiązek informacyjny zgodnie z art. 14 RODO.</p>  |
| <b>Wymóg podania danych</b>                                      | Podanie danych osobowych jest niezbędne do przyjęcia i rozpatrzenia zgłoszeń likwidacji szkód oraz reklamacji i skarg. Odmowa ich podania może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia zgłoszenia.   |