

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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> - 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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> - 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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> - 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.

.....
miejsceowość, 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

Należne mi świadczenie :

proszę przestać przekazem pocztowym na adres:

proszę przelać na konto osobiste nr:

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

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

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

Załączniki: (właściwie 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 Ubezpieczenia TU S.A. (dawniej TUZ TUW), z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 41, 02-672 Warszawa (dalej „TUZ Ubezpieczenia”).
- 2) Z TUZ Ubezpieczenia można skontaktować się poprzez adres e-mail: centrala@tuz.pl, lub pisemnie (adres siedziby administratora). W TUZ Ubezpieczenia 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: 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 Ubezpieczenia, 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 Ubezpieczenia 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 Ubezpieczenia, 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 Ubezpieczenia 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.