

**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: (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(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.**

.....  
miejsce, 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 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

**Należne 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.**

- 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 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, 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.

.....  
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