



(pieczęć jednostki organizacyjnej Towarzystwa)

Załącznik Nr

Nr szkody:

Symbol statystyczny:.....

ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW) ORAZ KOSZTÓW LECZENIA (KL)

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 /

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
Świadczenia dodatkowe : dieta dzienna * / zwrot kosztów leczenia (KL)*
/ pełny, ograniczony A lub B/

2. Data wypadku : miejsce wypadku /zachorowania/
/rok, miesiąc, dzień, godzina/

3. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy?
TAK/NIE

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

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

6. Czy to jest pierwsza szkoda? TAK*/ NIE*.

Jeżeli nie - prosimy podać datę i nr poprzedniej szkody

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

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

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

11. Przewidywany termin zakończenia leczenia

okres niezdolności do pracy

12. Czy wypadek zgłoszono na Policji?

/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/

13` Świadcowie wypadku (imię, nazwisko, adres):

Dotyczy potwierdzenia ubezpieczenia 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 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/

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,
- oryginalne imienne rachunki za leczenie (przy wykupionym ubezpieczeniu KL),
- dokument potwierdzający pobyt za granicą (przy wykupionym ubezpieczeniu KL),
- inne

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, jak i oprotezowania, przyjmuję do wiadomości, iż mogą one być zwrócone wyłącznie po udokumentowaniu ich rachunkami.

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

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz.883 ze zmianami) informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą 02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 41 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania

.....
/miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę wraz z podaniem nr dowodu osobistego/

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

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć znakiem "x"