Załącznik Nr ……………………..

Nr szkody: ……………………….

Symbol statystyczny:………….

(pieczątka jednostki organizacyjnej Towarzystwa)

**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 ..................................................

/ pełny, ograniczony A lub B/

Świadczenia dodatkowe : dieta dzienna \* / zwrot kosztów leczenia (KL)\*

2. Data wypadku : ...................... miejsce wypadku /zachorowania/ …………………………………

/rok, miesiąc, dzień, godzina/

3. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy? ..........................................

TAK/NIE

1. Jeżeli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny – podać nr i kat. prawa jazdy ..........................................czy był zapięty pasami bezpieczeństwa? TAK\*/NIE\*
2. Czy poszkodowany jest objęty innym ubezpieczeniem w Towarzystwie Ubezpieczeń Wzajemnych

„TUZ” w zakresie NNW? Jeżeli tak - prosimy podać nr polisy ............................................................

1. Czy to jest pierwsza szkoda? TAK\*/ NIE\*.

Jeżeli nie - prosimy podać datę i nr poprzedniej szkody ........................................................................

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

# ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

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

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

1. 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` Świadkowie 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"