

NR POLISY 908210606077/2017/SJ

DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY
ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NNW

1. Poszkodowany
imię i nazwisko nr pesel

adres zameldowania:.....
kod pocztowy miejscowość ulica

.....
nr telefonu

adres do korespondencji

adres e-mail.....

2. Przedmiot szkody (**)

- trwały uszczerbek na zdrowiu
- zgon na skutek nieszczęśliwego wypadku

3. Data i godzina wypadku

4. Miejsce wypadku

5. Do zdarzenia doszło: (**)

- W czasie życia sportowego, m.in. treningu, zgrupowania, obozu, zawodów, konsultacji
- W drodze do i z (jw)

6. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy (**)

- tak
- nie

7. Obrażenia ciała/urazy

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

8. Jeżeli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, podać:

- kategorię prawa jazdy.....
- numer prawa jazdy.....
- numer rejestracyjny samochodu.....
- adres komisariatu, na który sprawa została zgłoszona:.....

9. Kto udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po zdarzeniu:

.....
.....

10. Opis okoliczności oraz przyczyn nieszczęśliwego wypadku;

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

11. Dane z dowodu osobistego osoby poszkodowanej (miejsce na potwierdzenie danych osobowych za zgodność z dowodem osobistym)

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

12. Forma wypłaty świadczenia:

przelew bankowy (nr rachunku bankowego).....

przekaz pocztowy (adres przekazu).....

13. Załączniki do zgłoszenia szkody:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Klauzule:

Podanie danych jest dobrowolne. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87, jako administrator danych, informuje Panią/Pana o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych oraz marketingowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie - aktualnie i w przyszłości - w celach marketingowych moich danych osobowych, których administratorem jest TUiR „WARTA” S.A. przez podmioty współpracujące z TUiR „WARTA” S.A. w tym przez TUnŻ „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87 i podmioty z nim współpracujące.

Tak / Nie

.....
Data i podpis
ubezpieczającego
lub podmiotu zrzeszonego w KZ LZS

.....
Data i podpis
poszkodowanego/ opiekuna
prawnego

(**) odpowiednie zaznaczyć X

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w związku z zaistniałą szkodą osobową w dniu wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez osobę upoważnioną przez TUiR „WARTA” S.A. od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem, informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

Powyższe oświadczenie składam w celu umożliwienia TUiR „WARTA” S.A. realizacji uprawnień wynikających z dyspozycji art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010r. Nr 11, poz.66 ze zm.), art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. Nr 0, poz. 159 ze zm.).

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowany o tym, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest TUiR „WARTA” S.A., ul. Chmielna 85/87, 00-805 Warszawa,
- 2) dane osobowe zbierane są i przetwarzane w celu wszechstronnego ustalenia okoliczności powstania szkody, odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości należnego odszkodowania przez TUiR „WARTA” S.A. oraz podmioty współpracujące w procesie likwidacji szkody z TUiR „WARTA” S.A.,
- 3) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

Imię i Nazwisko:

Adres korespondencyjny:

PESEL:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Ubezpieczonego/Poszkodowanego/Opiekuna Prawnego)