**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…………………………………………………………………………………………….................

1. Przedmiot szkody (\*\*)
   * trwały uszczerbek na zdrowiu
   * zgon na skutek nieszczęśliwego wypadku
2. Data i godzina wypadku ………………………….
3. Miejsce wypadku ………………………………….
4. Do zdarzenia doszło: (\*\*)

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

1. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy (\*\*)

* tak
* nie

1. Obrażenia ciała/urazy

…………………………………………………………………………………………………………………........

…………………………………………………………………………………………………………………........

…………………………………………………………………………………………………………………........

1. 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:…………………………………………….…………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………..……………………...

…………………………………………………………………………………………..……………………...

1. Opis okoliczności oraz przyczyn nieszczęśliwego wypadku;

……………………………………………………………………….………………………………………………

……………………………………………………………………….………………………………………………

……………………………………………………………………….………………………………………………

……………………………………………………………………….………………………………………………

……………………………………………………………………….………………………………………………

1. 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 Data i podpis ubezpieczającego

lub podmiotu zrzeszonego w KZ LZS poszkodowanego/ opiekuna prawnego

(\*\*) odpowiednie zaznaczyć X

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w związku z zaistniałą szkodą osobową w dniu ........................... wyrażam zgodę na zasięganie 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)