

Numer szkody

NUMER SZKODY (NADANY PRZEZ TOWARZYSTWO)

DATA PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA

GODZINA ZGL. (GG : MM)

**TOWARZYSTWO
UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH****T U W****Providus**
www.providus.pl**ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW****ZGŁOSZENIE SZKODY MOŻNA KIEROWAĆ DO:** **PROVIDUS** kom. 607 341 729
Wysiadłów 22 biuro@providus.pl
27-612 Wilczyce**Dane dotyczące zdarzenia**

DATA I GODZ. ZDARZENIA

(DD / MM / RRRR)

(GG : MM)

NUMER POLISY:

NUMER POLISY, Z KTÓREJ ZGŁASZANA JEST SZKODA

PRZYCZYNA POWSTANIA SZKODY:

MIEJSCE ZDARZENIA:

(MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NUMER BUDYNKU, NUMER LOKALU LUB GMINA, NUMER DROGI, NAJBLIŻSZA MIEJSCOWOŚĆ)

Poszkodowany (dane kontaktowe, dodatkowe informacje)

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA

PESEL / REGON

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GMINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

ROLA POSZKODOWANEGO (KIERUJĄCY, PASAZER, POZA POJAZDEM)

ZAWÓD

OKRES ZATRUDNIENIA

CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ POD WPLYWEM ALKOHOLU / ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH?

 TAK NIE NIE WIEM

CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ OBJĘTY UBEZPIECZENIEM SPOŁECZNYM?

 TAK NIE NIE WIEM**Roszczący (dane kontaktowe; do wypełnienia jeśli poszkodowany poniósł śmierć w wyniku wypadku a osoba roszcząca jest inna niż zgłaszająca roszczenie)**

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA

PESEL / REGON

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GMINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

Zgłaszający (dane kontaktowe) **Roszczący (dane kontaktowe)**

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA

PESEL / REGON

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GMINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

ROLA ZGŁASZAJĄCEGO

Opis zdarzenia

DOKŁADNY OPIS PRZEBIEGU ZDARZENIA W TYM: PRZYCZYNA WYPADKU, ZACHOWANIE SIĘ UCZESTNIKÓW WYPADKU, KTO UDZIELIŁ PIERWSZEJ POMOCY.

Podmioty powiadomione o zaistniałym zdarzeniu

POLICJA:

NAZWA JEDNOSTKI / ADRES / TEL.

STRAŻ POŻARNA:

NAZWA JEDNOSTKI / ADRES

POGOTOWIE RATUNKOWE:

NAZWA JEDNOSTKI / ADRES / TEL.

INNE:

NAZWA / ADRES / TEL.

Świadkowie zdarzenia – adres zamieszkania, dane kontaktowe

ŚWIADEK 1: _____ PESEL _____
 IMIĘ NAZWISKO _____

KOD POCZTOWY _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ ULICA _____ NR BUDYNKU _____ NR LOKALU _____ GMINA _____

TELEFON _____ ADRES E-MAIL _____

ŚWIADEK 2: _____ PESEL _____
 IMIĘ NAZWISKO _____

KOD POCZTOWY _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ ULICA _____ NR BUDYNKU _____ NR LOKALU _____ GMINA _____

TELEFON _____ ADRES E-MAIL _____

Roszczenie

LP	TYP ROSZCZENIA	KWOTA ROSZCZENIA
1.	<input type="checkbox"/> Z tytułu NNW	<input type="checkbox"/> Wg. tabel
2.	<input type="checkbox"/> Z tytułu kosztów leczenia	<input type="checkbox"/> Inne
3.	<input type="checkbox"/> Z tytułu kosztów szpitalnych	
4.	<input type="checkbox"/> Z tytułu śmierci	
5.	<input type="checkbox"/> Inne	
ŁĄCZNA KWOTA ROSZCZEŃ:		_____

Forma wypłaty odszkodowania - Wypełnia poszkodowany / opiekun

PRZELEWEM NA RACHUNEK BANKOWY _____
 WŁAŚCICIEL RACHUNKU BANKOWEGO _____

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO _____

GOTÓWKĄ W DOWOLNEJ PLACÓWCE BANKU PEKAO S.A.

Oświadczenia oraz podpis poszkodowanego

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:

- ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH JEST TUW "TUW" Z SIEDZIBĄ UL. H. RAABEGO 13, 02-793 WARSZAWA.
- W SPRAWACH ZWIĄZANYCH Z OCHRONĄ DANYCH OSOBOWYCH MOGĘ KONTAKTOWAĆ SIĘ INSPEKTOREM DANYCH OSOBOWYCH ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA ADRES IOD@TUW.PL LUB PISEMNIEM NA ADRES SIEDZIBY ADMINISTRATORA
- PODANE PRZEZE MNIE DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZETWARZANE NA CELU ZAWARCIA I WYKONANIA UMOWY UBEZPIECZENIA NA PODSTAWIE ART. 6 UST. 1 LIT. B ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/37 Z DNIA 27 KWIEŹNIA 2016 R. W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPŁYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46/WE (OGÓLNE ROZPORZĄDZENIE O OCHRONIE DANYCH), ZWANEGO DALEJ "RODO" ORAZ ROZPATRYWANIA SKARG I REKLAMACJI NA PODSTAWIE ART. 6 UST. 1 LIT. C RODO. EWENTUALNIE DANE MOGĄ BYĆ PRZETWARZANE RÓWNIEŻ W CELU: DOCHODZENIA ROSZCZEŃ ZWIĄZANYCH Z ZAWARTĄ UMOWĄ UBEZPIECZENIA, PODEJMOWANIA CZYNNOŚCI W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM PRZESTĘPSTWOM UBEZPIECZENIOWYM, MARKETINGU BEZPOŚREDNIEGO PRODUKTÓW I USŁUG WŁASNYCH ADMINISTRATORA, W TYM W CELACH ANALITYCZNYCH – GDZIE PODSTAWĄ PRAWNĄ PRZETWARZANIA DANYCH JEST KONIECZNOŚĆ WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKU PRAWNEGO CIĄŻĄCEGO NA ADMINISTRATORZE, WYNIKAJĄCEGO Z PRZEPISÓW (ART. 6 UST. 1 LIT. C RODO) – PODSTAWĄ PRAWNĄ PRZETWARZANIA DANYCH JEST KONIECZNOŚĆ WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKU PRAWNEGO CIĄŻĄCEGO NA ADMINISTRATORZE, WYNIKAJĄCEGO Z PRZEPISÓW (ART. 6 UST. 1 LIT. C RODO)
- ODBIORCAMI DANYCH OSOBOWYCH MOGĄ BYĆ INNE ZAKŁADY UBEZPIECZEN I ZAKŁADY REASEKURACJI ORAZ ORGANY USTAWOWO UPOWAŻNIONE DO DOSTĘPU DO DANYCH W ZAKRESIE I CELU OKREŚLONYM W PRZEPISACH SZCZEGÓLNYCH (KNF, UFG, ITD.) PONADTO DANE MOGĄ BYĆ PRZEKAZYWANE PODMIOTOM PRZETWARZAJĄCYM DANE OSOBOWE NA ZLECENIE ADMINISTRATORA, M.IN. W ZAKRESIE USTALENIA PRZYCZYNY, ROZMIARU SZKODY LUB NAJMU POJAZDU ZASTĘPCZEGO – PRZY CZYM TAKIE PODMIOTY PRZETWARZAJĄ TAKIE DANE NA PODSTAWIE UMOWY Z ADMINISTRATOREM I WYŁĄCZNIE ZGODNIE Z POLECENIAMI ADMINISTRATORA
- PODANE PRZEZE MNIE DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZECHOWYWANE DO MOMENTU PRZEDAWNIENIA ROSZCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA LUB DO MOMENTU WYGAŚNIĘCIA OBOWIĄZKU PRZECHOWYWANIA DANYCH, WYNIKAJĄCEGO Z PRZEPISÓW PRAWA POWSZECHNIE OBOWIĄZUJĄCEGO
- POSIADAM PRAWO DOSTĘPU DO TREŚCI DANYCH ORAZ PRAWO ICH SPROSTOWANIA, USUNIĘCIA, OGRANICZENIA PRZETWARZANIA, PRAWO DO PRZENOSZENIA DANYCH, PRAWO WNIIESIENIA SPRZECIWU, PRAWO DO COFNIECIA ZGODY W DOWOLNYM MOMENCIE BEZ WPŁYWU NA ZGODNOŚĆ Z PRAWEM PRZETWARZANIA, KTÓREGO DOKONANO NA PODSTAWIE ZGODY PRZED JEJ COFNIECIEM – JEŻELI PRZETWARZANIE ODBYWA SIĘ NA PODSTAWIE ZGODY
- MAM PRAWO WNIIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH, GDY UWAŻAM, IŻ PRZETWARZANIE MOICH DANYCH NARUSZA PRZEPISY RODO
- PODANIE PRZEZE MNIE DANYCH OSOBOWYCH JEST DOBROWOLNE, ALE KONIECZNE W CELU LIKWIDACJI SZKODY

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZESYLANIE PRZEZ TUW "TUW" KORESPONDENCJI DOTYCZĄCEJ PRZEDMIOTOWEJ SZKODY ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA WSKAZANY W NINIEJSZYM FORMULARZU ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE PRZEZ TUW „TUW” INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTOWEJ SZKODY W FORMIE TELEFONICZNEJ NA WSKAZANY W NINIEJSZYM FORMULARZU NUMER TELEFONU

TAK NIE

TAK NIE

MIEJSCOWOŚĆ, DATA _____ IMIĘ, NAZWISKO ORAZ PODPIS POSZKODOWANEGO _____

Załączniki

DO NINIEJSZEGO ZGŁOSZENIA SZKODY ZAŁĄCZAM:

- Kserokopia karty informacyjnej ze szpitala
- Kserokopia kartoteki choroby
- Kserokopia zaświadczenia od lekarza o przebiegu leczenia oraz o jego zakończeniu
- Kserokopia zaświadczenia o zakończeniu leczenia
- Zdjęcie RTG
- Oryginalne imienne rachunki za leczenie
- Inne

Wypełnia placówka szkolna / opiekuńcza / organizator imprezy

UBEZPIECZONY: _____ JEST Uczniem Wychowankiem Uczestnikiem

NASZEJ PLACÓWKI W OKRESIE _____ UMOWA UBEZPIECZENIA ZAWARTA W FORMIE Bezimiennej Imiennej

WYKAZ NR / POZ _____

MIEJSCOWOŚĆ, DATA _____ PIECZĘĆ I PODPIS PRZEDSTAWICIELA PLACÓWKI _____

Wypełnia pracownik TUW „TUW” przyjmujący osobiste zgłoszenie szkody

WŁASNORĘCZNOŚĆ PODPISU STWIERDZAM NA PODSTAWIE: _____
 NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI _____

SERIA I NUMER _____ WYDANY PRZEZ _____ WYDANY W DNIU _____

MIEJSCOWOŚĆ, DATA _____ IMIĘ NAZWISKO ORAZ PODPIS PRACOWNIKA TUW „TUW” _____