

# Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW

## Dane polisy

forma grupowa

\_\_\_\_\_  
seria

\_\_\_\_\_  
numer

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
okres ubezpieczenia

\_\_\_\_\_  
ubezpieczający / nazwa szkoły

## Dane identyfikacyjne ubezpieczonego / poszkodowanego

\_\_\_\_\_  
nazwisko

\_\_\_\_\_  
imię

\_\_\_\_\_  
pesel

\_\_\_\_\_  
telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_  
e-mail

\_\_\_\_\_  
miejscowość

\_\_\_\_\_  
kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
ulica oraz numer domu

## Dane identyfikacyjne Rodzica / opiekuna prawnego / uposażonego

\_\_\_\_\_  
nazwisko

\_\_\_\_\_  
imię

\_\_\_\_\_  
pesel

\_\_\_\_\_  
telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_  
e-mail

\_\_\_\_\_  
miejscowość

\_\_\_\_\_  
kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
ulica oraz numer domu

\_\_\_\_\_  
seria i numer dowodu osobistego

\_\_\_\_\_  
organ wydający

## Dane dotyczące wypadku / zdarzenia

\_\_\_\_\_  
data zdarzenia

\_\_\_\_\_  
miejsce zdarzenia

okoliczności i przebieg wypadku: \_\_\_\_\_

rodzaj uszkodzeń ciała (podać dokładnie): \_\_\_\_\_

Czy ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy  tak  nie

Czy ubezpieczony w chwili wypadku był (o ile dotyczy):  pieszym  rowerzystą  kierującym pojazdem silnikowym

Czy to pierwsza szkoda  tak  nie jeżeli nie to proszę podać datę poprzedniej szkody \_\_\_\_\_

Czy wypadek zgłoszono policji  tak  nie

jednostka policji miejscowość i data zgłoszenia

### Dane dotyczące leczenia

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy po wypadku

Podać nazwę zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczył się po wypadku

Przewidywalny termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące pobytu w szpitalu

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ przyczyna pobytu w szpitalu  
okres pobytu w szpitalu  nieszczęśliwy wypadek  choroba

### Forma wypłaty świadczenia

prosze przelać na konto osobiste nr:

\_\_\_\_\_

prosze przekazać pocztą na mój adres domowy:

### Załączniki - właściwe zaznaczyć X

- kopia Karty informacyjnej z izby przyjęć / SOR  kopia dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz jego zakończenia  karta informacyjna ze szpitala
- oryginalne imienne rachunki za leczenie, rehabilitację, środki pomocnicze  kopia notatki policyjnej z miejsca zdarzenia - jeżeli na miejscu była policja
- inne

### Oświadczenia ubezpieczonego / rodzica ubezpieczonego / opiekuna prawnego

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 oproteżowania, 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.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 41, 02-672 Warszawa (dalej „TUZ”).
- 2) Z TUZ można skontaktować się poprzez adres e-mail: centrala@tuz.pl, lub pisemnie (adres siedziby administratora). W TUZ wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez email: iod@tuz.pl, lub pisemnie (adres siedziby administratora). Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
- 3) Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu obsługi zgłoszenia szkody oraz przeprowadzenia procesu likwidacji szkody. Podstawą przetwarzania jest: - niezbędność przetwarzania danych do wykonania umowy ubezpieczenia, której dotyczy szkoda – w przypadku gdy zgłaszający szkodę jest jednocześnie ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym do świadczenia z umowy ubezpieczenia, - niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TUZ, którym jest wykonanie zobowiązań administratora wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia – w przypadku, gdy zgłaszającym szkodę jest osoba inna niż powyżej.
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.
- 5) Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom uczestniczącym w procesie likwidacji szkody, w szczególności rzeczoznawcom, biegłym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z TUZ i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu TUZ, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Wyrażenie sprzeciwu nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wyrażeniem. W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od TUZ Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.
- 7) Podanie danych osobowych jest konieczne dla skutecznego zgłoszenia szkody – bez podania danych nie jest możliwe zgłoszenie szkody.

\_\_\_\_\_ miejscowość i data

\_\_\_\_\_ podpis ubezpieczonego/ rodzica ubezpieczonego /opiekuna prawnego ubezpieczonego