

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 KIEROWAĆ DO:** PROVIDUS
Wysiadłów 22
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, PASAŻER, 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 roszcżąca 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:	IMIĘ NAZWISKO					PESEL				
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ		ULICA		NR BUDYNKU		NR LOKALU		GMINA	
TELEFON			ADRES E-MAIL							
ŚWIADEK 2:	IMIĘ NAZWISKO					PESEL				
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ		ULICA		NR BUDYNKU		NR LOKALU		GMINA	
TELEFON			ADRES E-MAIL							

Roszczenie

LP	TYP ROSZCZENIA	KWOTA ROSZCZENIA
1.	☐ Z tytułu NNW	☐ Wg. tabel
2.	☐ Z tytułu kosztów leczenia	☐ Inne
3.	☐ Z tytułu kosztów szpitalnych	
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

PRZYJMĘ 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 PRZEZ MNIE DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZETWARZANE W CELU ZAWARCIA I WYKONANIA UMOWY UBEZPIECZENIA NA PODSTAWIE ART. 6 UST. 1 LIT. B ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIEŚNIA 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 NIEZBEDNOŚĆ PRZETWARZANIA DO REALIZACJI PRAWNIE UZASADNIŁEGO INTERESU ADMINISTRATORA (ART.6 UST.1 LIT.D RODO); A TAKŻE W CELACH ARCHIWALNYCH – 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 UBEZPIECZEŃ 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 PRZEZ MNIE DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZECHOWYWANE DO MOMENTU PRZEDAWNIEŃ 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 WNIESIENIA SPRZECIWU, PRAWO DO COFNIĘCIA ZGODY W DOWOLNYM MOMENCIE BEZ WPŁYWU NA ZGODNOŚĆ Z PRAWEM PRZETWARZANIA, KTOREGO DOKONANO NA PODSTAWIE ZGODY PRZED JEJ COFNIĘCIEM – JEŻELI PRZETWARZANIE ODBYWA SIĘ NA PODSTAWIE ZGODY
- MAM PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH, GDY UWAŻAM, IŻ PRZETWARZANIE MOICH DANYCH NARUSZA PRZEPISY RODO
- PODANIE PRZEZ MNIE DANYCH OSOBOWYCH JEST DOBROWOLNE, ALE KONIECZNE W CELU LIKWIDACJI SZKODY

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZESYŁANIE 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:

1. ☐ Kserokopia karty informacyjnej ze szpitala	6. ☐ Zdjęcie RTG
2. ☐ Kserokopia kartoteki choroby	7. ☐ Oryginalne imienne rachunki za leczenie
3. ☐ Kserokopia zaświadczenia od lekarza o przebiegu leczenia oraz o jego zakończeniu	8. ☐ Inne
4. ☐ Kserokopia zaświadczenia o zakończeniu leczenia	

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