

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 KTOREJ 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?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ OBJĘTY UBEZPIECZENIEM SPOŁECZNYM?			<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> 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:

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.	<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

PRZYJMUJE DO WIADOMOŚCI, ŻE:

1) ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH JEST TUW "TUW" Z SIEDZIBĄ UL. H. RAABEGO 13, 02-793 WARSZAWA.

2) 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

3) PODANE PRZEZE 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 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. PODEJMOWANIE 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 UZASADNIIONEGO INTERESU ADMINISTRATORA (ART. 6 UST. 1 LIT. D RODO), A TAKŻE W CELACH ARCHIWALNYCH – PODSTAWĄ PRAWNĄ PRZETWARZANIA DANYCH JEST KONIECZNOŚĆ WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKU PRAWNEGO CIAŻACEGO NA ADMINISTRATORZE. WYNIKAJĄCEGO Z PRZEPISÓW (ART. 6 UST. 1 LIT. C RODO)

4) ODBIORCAMI DANYCH OSOBOWYCH MOGĄ BYĆ INNE ZAKŁADY UBEZPIECZENIA 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

5) PODANE PRZEZE MNIE DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZECHOWYWANE DO MOMENTU PRZEDAWNIEŃ ROSZCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA LUB DO MOMENTU WYGASNIĘCIA OBOWIĄZKU PRZECHOWYWANIA DANYCH, WYNIKAJĄCEGO Z PRZEPISÓW PRAWA Powszechnie obowiązującego

6) POSIADAM PRAWO DOSTĘPU DO TREŚCI DANYCH ORAZ PRAWO ICH SPROSTOWANIA, USUNIĘCIA, OGRANICZENIA PRZETWARZANIA, PRAWO DO PRZENOSZENIA DANYCH, PRAWO WNIESIENIA SPRZECIWI, PRAWO DO COFNIĘCIA ZGODY W DOWOLNYM MOMENCIE BEZ WPLYWU NA ZGODNOŚĆ Z PRAWEM PRZETWARZANIA, KTOREGO DOKONANO NA PODSTAWIE ZGODY PRZED JEJ COFNIĘCIEM – JEŻELI PRZETWARZANIE ODBYWA SIĘ NA PODSTAWIE ZGODY

7) MAM PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH, GDY UWAŻAM, IŻ PRZETWARZANIE MOICH DANYCH NARUSZA PRZEPISY RODO

8) PODANIE PRZEZE MNIE DANYCH OSOBOWYCH JEST DOBROWOLNE, ALE KONIECZNE W CELU LIKWIDACJI SZKODY

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

WYRAZAM 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 01.09.21 - 31.08.22 UMOWA UBEZPIECZENIA ZAWARTA W FORMIE Bezimiennej Imiennej

WYKAZ NR / POZ _____

MIEJSCOWOŚĆ, DATA _____

SKŁAD WIOSNA W OBEZPIECZENIE
im. Pierwszej Kompanii Kadrowej w Kielcach
25-344 Kielce, ul. Kujawska 18
tel. 41 36 76 268, fax 41 36 76 966
PIECZEC I PODPIS PRZEDSTAWICIELA PLACÓWKI
NIP 6572524486 REGON 050335001

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” _____