

**Numer szkody**

NUMER SZKODY (NADANY PRZEZ TOWARZYSTWO)	
DATA PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA	GODZINA ZGŁ. (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**

<b>POLICJA:</b>	NAZWA JEDNOSTKI / ADRES / TEL.
<b>STRAŻ POŻARNA:</b>	NAZWA JEDNOSTKI / ADRES
<b>POGOTOWIE RATUNKOWE:</b>	NAZWA JEDNOSTKI / ADRES / TEL.
<b>INNE:</b>	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

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 POSREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA ADRES [iod@tuw.pl](mailto:iod@tuw.pl) LUB PIŚMIENNIE NA ADRES SIEDZIBY ADMINISTRATORA
- PODANE PRZEZE MNIĘ 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 Danych FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPLYTU 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 NIEZBĘDNOŚĆ PRZETWARZANIA DO REALIZACJI PRAWNIE UZASADNIENEGO INTERESU ADMINISTRATORA (ART. 6 UST. 1 LIT. D RODO); A TAKŻE W CELACH ARCHIWALNYCH – PODSTAWĄ PRAWNĄ PRZETWARZANIA DANYCH JEST KONIECZNOŚĆ WYFELNIENIA 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 UPOWIĄZNIONE 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.I.N. 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 MNIĘ DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZECHOWYWANE DO MOMENTU PRZEDAWNIENIA ROSZCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA LUB DO MOMENTU WYCAŚNIĘCIA OBOWIĄZKU PRZECHOWYWANIA DANYCH, WYNIKAJĄCEGO Z PRZEPISÓW PRAWA PÓWSZECHNIE OBOWIĄZUJĄCEGO
- POSIADAM PRAWO DOSTĘPU DO TREŚCI DANYCH ORAZ PRAWO ICH SPROSTOWANIA, USUNIĘCIA, OGRANICZENIA PRZETWARZANIA, PRAWO DO PRZENOSZENIA DANYCH, PRAWO WNIESIENIA SPRZECIWU, PRAWO DO COFINIENIA ZGODY W DOWOLNYM MOMENCIE BEZ WPŁYWU NA ZGODNOŚĆ Z PRAWEM PRZETWARZANIA, KTOREGO DOKONANO NA PODSTAWIE ZGODY PRZED JEJ COFINIENIEM – JEŻELI PRZETWARZANIE ODBYWA SIĘ NA PODSTAWIE ZGODY
- MAM PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH, GDY UWAZAM, IŻ PRZETWARZANIE MOICH DANYCH NARUSZA PRZEPISY RODO
- PODANIE PRZEZE MNIĘ DANYCH OSOBOWYCH JEST DOBRWOLNE, ALE KONIECZNE W CELU LIKWIDACJI SZKODY

WYRAZAM ZGODĘ NA PRZESYŁANIE PRZEZ TUW „TUW” KORESPONDENCJI DOTYCZĄCEJ DOTYCZĄCEJ SZKODY ZA POSREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA WSKAZANY W NINIEJSZYM FORMULARZU ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ

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 DNIO \_\_\_\_\_

MIEJSCOWOŚĆ, DATA \_\_\_\_\_

IMIĘ, NAZWISKO ORAZ PODPIS PRACOWNIKA TUW „TUW” \_\_\_\_\_