



# CONCORDIA POLSKA

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)

Ubezpieczający: .....  
*/imię i nazwisko wraz z adresem - w przypadku szkoły, firmy lub innej instytucji wymagana jest pieczęć/*

Poszkodowany: .....  
*/imię i nazwisko wraz z adresem/*

.....  
*/rodzaj wykonywanej pracy lub rodzaj uprawianej dyscypliny sportu – klub sportowy/      /data urodzenia/      /pesel/*  
.....  
*/nr telefonu/      /skrzynka internetowa - e-mail /*

Opiekun prawny - gdy poszkodowany jest nieletni: .....  
*/imię i nazwisko/*  
.....  
*/adres/      /pesel/      /nr dowodu osobistego/*

1. Seria i nr polisy ....., okres ubezpieczenia .....  
Suma ubezpieczenia ....., zakres ubezpieczenia .....  
*/pełny, ograniczony A lub B/*  
Świadczenia dodatkowe:\*\*  dieta dzienna (DD)  zwrot kosztów leczenia (KL).

2. Data wypadku : ..... miejsce wypadku /zachorowania/ .....  
*/rok, miesiąc, dzień, godzina/*

3. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy? .....

4. Jeżeli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny – podać nr i kat. prawa jazdy .....

5. Czy poszkodowany jest objęty innym ubezpieczeniem w CONCORDIA POLSKA TUW w zakresie NNW?  
Jeżeli tak - prosimy podać nr polisy ..... Czy to jest pierwsza szkoda? TAK\*/ NIE\*.  
Jeżeli nie - prosimy podać datę i nr poprzedniej szkody .....

6. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco): .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Rodzaj obrażeń ciała (podać dokładnie i wyczerpująco): .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pomocy bezpośrednio po wypadku?.....  
.....
9. Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(t)\* się po wypadku: .....  
.....
10. Przewidywany termin zakończenia leczenia ....., okres niezdolności do pracy .....
11. Czy wypadek zgłoszono na Policji? .....  
/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/
12. Świadcowie wypadku (imię, nazwisko, adres): .....  
.....

**Potwierdzenie ubezpieczenia: wypełnia - szkoła\*- firma\*- inna instytucja ubezpieczająca\***

Oświadczamy, że poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNW zgodnie z polisą nr ..... i figuruje pod pozycją nr ..... wykazu imiennego na sumę ubezpieczenia ..... zł. Składka w wysokości ..... zł została opłacona dnia ..... 200... roku.

Wypadek został uznany\*/nie uznany\* za wypadek w pracy \* – w drodze do pracy\* – w drodze z pracy\*

.....  
/data i podpis uprawnionego pracownika instytucji/ firmy  
ubezpieczającej wraz z jego pieczęcią imienną/

**Załączniki :\*\***

- zaświadczenie z pogotowia ratunkowego,
- zaświadczenie od lekarza leczącego o przebiegu leczenia oraz jego zakończeniu,
- karta informacyjna ze szpitala,
- kserokopia kartoteki choroby,
- kserokopie zwolnień lekarskich,
- zdjęcia RTG,
- oryginalne imienne rachunki za leczenie (przy wykupionym ubezpieczeniu KL),
- inne .....

**Należne mi świadczenie :**

- proszę przekazać pocztą pod mój adres domowy,
- proszę przelać na konto osobiste w Banku.....  
nr .....

**Przyjmuję do wiadomości, że w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku, orzeczenie lekarskie nastąpi po zawiadomieniu CONCORDIA POLSKA TUW o zakończeniu leczenia. Jeżeli ubezpieczenie obejmuje również wydatki na koszty leczenia, jak i oprotegowania, 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.**

*Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami) informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu, ul. św. Michała 43 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.*

.....  
/miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę wraz z podaniem nr dowodu osobistego/

.....  
/data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela  
CONCORDIA POLSKA TUW/

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - właściwe zaznaczyć znakiem "x"