



**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 polisyokres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia zakres ubezpieczenia.....

/pełny, ograniczony/

2. Rodzaj świadczenia (właściwe zaznaczyć „x”):

- trwałe uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW, zawału serca lub udaru mózgu
- śmierć ubezpieczonego w następstwie NW, zawału serca albo udaru mózgu
- śmierć ubezpieczonego w następstwie NW na terenie zakładu pracy, szkoły
- śmierć dziecka , współmałżonka ubezpieczonego w następstwie NW
- koszty pogrzebu
- trwała i całkowita niezdolność do pracy w następstwie NW
- pobyt w szpitalu w następstwie NW
- pobyt dziecka, współmałżonka w szpitalu w następstwie NW
- czasowa niezdolność do pracy w następstwie NW
- inwalidztwo w następstwie NW
- operacje chirurgiczne
- przeszczepy, rekonstrukcje organu
- zwrot kosztów leczenia
- inne (jakie?)

3. Data wypadku: Miejsce wypadku/zachorowania/.....
/rok, miesiąc, dzień, godzina/

4. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy?

5. Jeżeli poszkodowany zgłasza szkodę z tytułu NNW kierowcy i pasażerów prosimy podać markę oraz nr rejestracyjny samochodu, którym poruszał się w chwili wypadku (kierowca – podać nr i kat. prawa jazdy)

6. 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

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

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

9. Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pomocy bezpośrednio po wypadku?

10. Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(ł)* się po wypadku:

11. Przewidywany termin zakończenia leczenia, okres niezdolności do pracy

12. 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, kserokopia kartoteki choroby, karta informacyjna ze szpitala,
- zaświadczenie od lekarza leczącego o przebiegu leczenia oraz jego zakończeniu,
- 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 T UW o zakończeniu leczenia. Jeżeli ubezpieczenie obejmuje również wydatki na koszty leczenia, jak i oprotezowania, 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.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Towarzystwo od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz innych zakładów ubezpieczeń informacji/udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

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 T UW/

* - niepotrzebne skreślić ** - właściwe zaznaczyć znakiem "x"