

**NR POLISY PZU SPORT
1036316625**

**DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY
ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NNW**

1. Poszkodowany
imię i nazwisko nr pesel

przedstawiciel ustawy Poszkodowanego (jeżeli Poszkodowany jest niepełnoletni):

.....
imię i nazwisko nr pesel

adres zameldowania:.....
kod pocztowy miejscowość ulica

.....
nr telefonu

adres do korespondencji

adres e-mail.....

2. Przedmiot szkody (**)

- trwały uszczerbek na zdrowiu
- zgon na skutek nieszczęśliwego wypadku
- zwrot kosztów leczenia
- zwrot kosztów naprawy uszkodzony lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
- dieta szpitalna

3. Data i godzina wypadku

4. Miejsce wypadku

5. Do zdarzenia doszło: (**)

- W czasie życia sportowego, m.in. treningu, zgrupowania, obozu, zawodów, konsultacji
- W drodze do i z (jw)

6. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy (**)

- tak
- nie

7. Obrażenia ciała/urazy

.....
.....
.....

8. Jeżeli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, podać:

- kategorię prawa jazdy.....
- numer prawa jazdy.....
- numer rejestracyjny samochodu.....

- adres komisariatu, na który sprawa została zgłoszona:.....

9. Kto udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po zdarzeniu:
.....
.....

10. Opis okoliczności oraz przyczyn nieszczęśliwego wypadku:
.....
.....
.....
.....

11. Forma wypłaty świadczenia:
przelew bankowy (nr rachunku bankowego).....
w razie braku rachunku bankowego proszę podać nazwę i adres banku, z którego poszkodowany może odebrać świadczenie

12. Załączniki do zgłoszenia szkody:
1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
Wypełnić pierwsze oświadczenie, jeżeli Poszkodowany jest pełnoletni.
Wypełnić drugie oświadczenie, jeżeli w imieniu Poszkodowanego występuje przedstawiciel ustawowy (Poszkodowany jest niepełnoletni).
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5

Klauzule:
Podanie danych jest dobrowolne. PZU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Jana Pawła II 24, jako administrator danych, informuje Panią/Pana o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych oraz marketingowych.

Niniejszym wyrażam zgodę na przekazywanie przez PZU S.A. wszelkich informacji dotyczących przedmiotowej szkody do wiadomości Mentor S.A.

..... Data i podpis Wojewódzkiego Zrzeszenia LZS Data i podpis Ubezpieczającego lub podmiotu zrzeszonego w KZ LZS Data i podpis Poszkodowanego / przedstawiciela ustawowego
---	---	--

(**) odpowiednie zaznaczyć X

Oświadczenie

(dla Poszkodowanego, który jest pełnoletni)

Ja, niżej podpisana/y

PESEL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA i Mentor SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przeze mnie PZU SA i Mentor SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA i Mentor SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.*

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

*Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

Oświadczenie

(dla Poszkodowanego, który jest niepełnoletni)

Ja, niżej podpisana/y
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

PESEL przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym Poszkodowanej/go.

.....
Imię i nazwisko Poszkodowanej/go

PESEL Poszkodowanej/go

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA i Mentor SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia danych osobowych dotyczących stanu zdrowia wymienionej wyżej osoby Poszkodowanej, przekazanych przeze mnie PZU SA i Mentor SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA i Mentor SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.*

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

*Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.