**NR POLISY PZU SPORT**

**1036316625**

**DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY**

**ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NNW**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Poszkodowany ...................................................................................... ..........................................

imię i nazwisko nr pesel

przedstawiciel ustawowy Poszkodowanego (jeżeli Poszkodowany jest niepełnoletni):

……………………………………………………………………………………. ……………………………….

imię i nazwisko nr pesel

adres zameldowania:................................................................. ...........................................................

kod pocztowy miejscowość ulica

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

nr telefonu

adres do korespondencji ...........................................................................................................................

adres e-mail…………………………………………………………………………………………….................

1. 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
2. Data i godzina wypadku ………………………….
3. Miejsce wypadku ………………………………….
4. Do zdarzenia doszło: (\*\*)

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

1. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy (\*\*)

* tak
* nie

1. Obrażenia ciała/urazy

…………………………………………………………………………………………………………………........

…………………………………………………………………………………………………………………........

…………………………………………………………………………………………………………………........

1. 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:…………………………………………….…………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………..……………………...

…………………………………………………………………………………………..……………………...

1. 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.