**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. Czy poszkodowany posiada inne ubezpieczenia od NNW w PZU SA/ PZU ŻYCIE?...................
3. Data i godzina wypadku ………………………….
4. Miejsce wypadku ………………………………….
5. Do zdarzenia doszło: (\*\*)

* Podczas uprawiania sportu
* W drodze do i z miejsca uprawiania sportu

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

* tak
* nie

1. Obrażenia ciała/urazy

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

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

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

Czy części ciała, które teraz uległy obrażeniom były wcześniej uszkodzone (kiedy?) ……………………………………………………………………………………………………………………….

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:

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

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

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

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

12. 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 …………………………………………………………………………………….

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

13. 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.

Upoważniam Mentor S.A. do uzyskania od PZU S.A. decyzji wydanej w przedmiotowej szkodzie, do otrzymania której jestem uprawniony w myśl art. 29 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………….  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