



**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/

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"