



CONCORDIA POLSKA

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW) CZŁONKÓW BANKU SPÓŁDZIELCZEGO I POSIADACZY RACHUNKÓW OSZCZĘDNOŚCIOWO-ROZLICZENIOWYCH

Poszkodowany :
/imię i nazwisko wraz z adresem/

.....
/rodzaj wykonywanej pracy / /data urodzenia/ /pesel/

.....
/nr telefonu/ /skrzynka internetowa - e-mail /

Potwierdzenie ubezpieczenia - wypełnia bank

Oświadczamy, że poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNW zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia potwierdzoną polisą nr i jest:

- ** członkiem Banku Spółdzielczego od (prosimy o wskazanie dokładnej daty nabycia udziałów członkowskich),
- ** posiadaczem rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego w Banku Spółdzielczym o numerze założonym dnia

.....
/pieczęć banku/ /data i podpis uprawnionego pracownika banku/

1. Data wypadku : miejsce wypadku /zachorowania/
/rok, miesiąc, dzień, godzina/
2. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy?
3. 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
4. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco):
.....
.....
.....
5. Rodzaj obrażeń ciała:
6. Przewidywany termin zakończenia leczenia, okres niezdolności do pracy
7. Czy wypadek zgłoszono na Policji?
/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/
8. Świadkowie wypadku (imię, nazwisko, adres):
9. Załączniki:** dokumentacja lekarska, inne

Przyjmuję do wiadomości, że w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu wypadku, orzeczenie lekarskie nastąpi po zawiadomieniu CONCORDIA POLSKA TUW o zakończeniu leczenia. Oświadczam, iż na powyższe pytania odpowiedziałem(am)* zgodnie z prawdą i wg najlepszej wiedzy.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz.883 ze 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 TUW/

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