



## **PAKIET „BEZPIECZNA SZKOŁA KATOLICKA ”**

Szanowni Państwo  
Rodzice / Opiekunowie

Wszelkie pytania dotyczące ubezpieczenia dzieci i młodzieży w pakiecie „Bezpieczna Szkoła Katolicka ” prosimy kierować pod nr tel.:

kom. 607 341 729 (24h); kom. 507 108 494, tel. (15) 837 72 10 (w godz. 7:00 – 15:00)  
lub na adres mailowy: [biuro@providus.pl](mailto:biuro@providus.pl).

Oryginał druku zgłoszenia szkody wraz z kserokopiami dokumentacji medycznej, oryginałami imiennych rachunków za poniesione koszty leczenia, wystawionymi na jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz innymi dokumentami prosimy przesłać listem poleconym priorytetem na adres biura:

### **PROVIDUS**

**Doradztwo Finansowo - Ubezpieczeniowe**

**Wysiadłów 22**

**27-612 Wilczyce**

Z wyrazami szacunku

Krzysztof Śledź

**Numer szkody**

NUMER SZKODY (NADANY PRZEZ TOWARZYSTWO)	
DATA PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA	GODZINA ZGL. (GG : MM)



TOWARZYSTWO  
UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH

T U W

Providus  
www.providus.pl

**ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA  
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

ZGŁOSZENIE SZKODY KIEROWAĆ DO: **PROVIDUS**  
Wysiadłów 22  
27-612 Wilczyce

**Dane dotyczące zdarzenia**

DATA I GODZ. ZDARZENIA	(DD / MM / RRRR)	(GG : MM)	NUMER POLISY:	NUMER POLISY, Z KTOREJ ZGŁASZANA JEST SZKODA
PRZYCZYNA POWSTANIA SZKODY:				
MIEJSCE ZDARZENIA: (MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NUMER BUDYNKU, NUMER LOKALU LUB GMINA, NUMER DROGI, NAJBLIŻSZA MIEJSCOWOŚĆ)				

**Poszkodowany (dane kontaktowe, dodatkowe informacje)**

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA		PESEL / REGON			
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU	NR LOKALU	GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL		ROLA POSZKODOWANEGO (KIERUJĄCY, PASAŻER, POZA POJAZDEM)		
ZAWÓD	OKRES ZATRUDNIENIA				
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ POD WPLYWEM ALKOHOLU / ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH?					<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ OBJĘTY UBEZPIECZENIEM SPOŁECZNYM?					<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM

**Roszczący (dane kontaktowe; do wypełnienia jeśli poszkodowany poniósł śmierć w wyniku wypadku a osoba roszcząca jest inna niż zgłaszająca roszczenie)**

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA		PESEL / REGON			
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU	NR LOKALU	GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL				

**Zgłaszający (dane kontaktowe)** 
**Roszczący (dane kontaktowe)** 

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA		PESEL / REGON			
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU	NR LOKALU	GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL		ROLA ZGŁASZAJĄCEGO		

**Opis zdarzenia**

DOKŁADNY OPIS PRZEBIEGU ZDARZENIA W TYM: PRZYCZYNA WYPADKU, ZACHOWANIE SIĘ UCZESTNIKÓW WYPADKU, KTO UDZIELIŁ PIERWSZEJ POMOCY.

---



---



---



---

**Podmioty powiadomione o zaistniałym zdarzeniu**

POLICJA:	NAZWA JEDNOSTKI / ADRES / TEL.
STRAŻ POŻARNA:	NAZWA JEDNOSTKI / ADRES
POGOTOWIE RATUNKOWE:	NAZWA JEDNOSTKI / ADRES / TEL.
INNE:	NAZWA / ADRES / TEL.

## Świadkowie zdarzenia – adres zamieszkania, dane kontaktowe

ŚWIADEK 1:		IMIĘ NAZWISKO			PESEL		
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU	NR LOKALU	GMINA		
TELEFON		ADRES E-MAIL					
ŚWIADEK 2:		IMIĘ NAZWISKO			PESEL		
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU	NR LOKALU	GMINA		
TELEFON		ADRES E-MAIL					

## Roszczenie

LP	TYP ROSZCZENIA	KWOTA ROSZCZENIA
1.	<input type="checkbox"/> Z tytułu NNW	<input type="checkbox"/> Wg. tabel
2.	<input type="checkbox"/> Z tytułu kosztów leczenia	<input type="checkbox"/> Inne
3.	<input type="checkbox"/> Z tytułu kosztów szpitalnych	
4.	<input type="checkbox"/> Z tytułu śmierci	
5.	<input type="checkbox"/> Inne	
ŁĄCZNA KWOTA ROSZCZEŃ:		

## Forma wypłaty odszkodowania - Wypełnia poszkodowany / opiekun

PRZELEWEM NA RACHUNEK BANKOWY	WŁAŚCICIEL RACHUNKU BANKOWEGO
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO	
<input type="checkbox"/> GOTÓWKĄ W DOWOLNEJ PLACÓWCE BANKU PEKAO S.A.	

## Oświadczenia oraz podpis poszkodowanego

JEDNOCZEŚNIE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE PRZEZ TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH „TUW” Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE, UL. RAABEGO 13 MOICH DANYCH OSOBOWYCH ZGROMADZONYCH W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZONĄ SZKODĄ – W CELU I ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DO LIKWIDACJI TEJ SZKODY.

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH „TUW” Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE, UL. RAABEGO 13, JAKO ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH, INFORMUJE PANIĄ / PANA, ŻE:

- PODANIE DANYCH JEST DOBROWOLNE, ALE NIEZBĘDNE W CELU LIKWIDACJI SZKODY,
- DANE MOGĄ BYĆ UDOSTĘPNIANE PRZEZ TOWARZYSTWO PODMIOTOM UPOWAŻNIONYM DO UZYSKANIA INFORMACJI NA PODSTAWIE PRZEPISÓW USTAWY Z DNIA 22 MAJA 2003 R. O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ (TEKST JEDNOLITY DZ.U. 2010 R. NR 11, POZ. 66 Z PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI),
- PRZYSŁUGUJE PANI / PANU PRAWO WGLĄDU DO TREŚCI SWOICH DANYCH I ICH POPRAWIANIA ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY Z DNIA 29.08.1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (TEKST JEDNOLITY DZ.U. 2002 R. NR 101, POZ.926 Z PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI).

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH „TUW” Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE, UL. RAABEGO 13, JAKO ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH, INFORMUJE PONADTO PANIĄ / PANA, ŻE PODMIOTY DZIAŁAJĄCE NA ZLECENIE TUW „TUW” - AUTOONLINE SP. Z O.O. ORAZ KGN SP. Z O.O. - PRZETWARZAJĄ DANE W JEGO IMIENIU NA PODSTAWIE ART. 31 USTAWY Z DNIA 29 SIERPNIA 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH. DANE ZOSTAŁY POWIERZONE WSKAZANYM PODMIOTOM W CELU:

- PRZEDSTAWIENIA REKOMENDACJI W ZAKRESIE WYBORU WARSZTATU NAPRAWCZEGO,
- ORGANIZACJI I MONITOROWANIA PROCESU NAPRAWY POJAZDU LUB WYNAJMU POJAZDU ZASTĘPCZEGO,
- POMOCY W ZAGOSPODAROWANIU POZOSTAŁOŚCI POJAZDU,
- PRZEPROWADZENIA BADANIA SATYSFAKCJI KLIENTA

WYRAŻAM ZGODĘ NA OTRZYMYWANIE KORESPONDENCJI DOTYCZĄCEJ PRZEDMIOTWEJ SZKODY ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA ADRES WSKAZANY W NINIEJSZYM FORMULARZU

TAK  NIE

MIEJSCOWOŚĆ, DATA \_\_\_\_\_ IMIĘ NAZWISKO ORAZ PODPIS POSZKODOWANEGO \_\_\_\_\_

## Załączniki

DO NINIEJSZEGO ZGŁOSZENIA SZKODY ZAŁĄCZAM:

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Kserokopia karty informacyjnej ze szpitala                                       | 6. <input type="checkbox"/> Zdjęcie RTG                             |
| 2. <input type="checkbox"/> Kserokopia kartoteki choroby   | 7. <input type="checkbox"/> Oryginalne imienne rachunki za leczenie |
| 3. <input type="checkbox"/> Kserokopia zaświadczenia od lekarza o przebiegu leczenia oraz o jego zakończeniu | 8. <input type="checkbox"/> Kserokopia legitymacji szkolnej ucznia  |
| 4. <input type="checkbox"/> Kserokopia zaświadczenia o zakończeniu leczenia                                  | 9. <input type="checkbox"/> Inne                                    |

## Wypełnia pracownik TUW „TUW” przyjmujący osobiste zgłoszenie szkody

WŁASNORĘCZNOŚĆ PODPISU STWIERDZAM NA PODSTAWIE:	NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI	
SERIA I NUMER	WYDANY PRZEZ	WYDANY W DNIU
MIEJSCOWOŚĆ, DATA	IMIĘ NAZWISKO ORAZ PODPIS PRACOWNIKA TUW „TUW”	

## Wypełnia placówka szkolna / opiekuńcza / organizator imprezy

UBEZPIECZONY:	JEST	<input type="checkbox"/> Uczniem	<input type="checkbox"/> Wychowankiem	<input type="checkbox"/> Uczestnikiem
NASZEJ PLACÓWKI W OKRESIE	UMOWA UBEZPIECZENIA ZAWARTA W FORMIE	<input type="checkbox"/> Bezimiennej	<input type="checkbox"/> Imiennej	
WYKAZ NR / POZ				
MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PIECZEĆ I PODPIS PRZEDSTAWICIELA PLACÓWKI			