

**ZGŁOSZENIE SZKODY z UBEZPIECZENIA NNW**  
**Ubezpieczenie Klientów NATURA TOUR Sp. z o.o.**

Do zgłoszenia szkody prosimy dołączyć zaświadczenie o zatrudnieniu w:

**Kolejowe Przedsiębiorstwo Turystyczno-Wypoczynkowe**

**NATURA TOUR Sp. z o.o.**

ul. Dyrekcyjna 2/4, 80-958 Gdańsk

REGON: 191971801

NIP: 5832650389

Informacja o kontakcie w przypadku szkody:

**CENTRUM ALARMOWE WARTY**

**801 308 308** (na terytorium Polski, opłata wg taryfy operatora)

**+48 502 308 308** (opłata wg taryfy operatora)

On-line na stronie [www.warta.pl](http://www.warta.pl)

---

1. Poszkodowany .....  
imię i nazwisko ..... nr telefonu .....

Zamieszkały: .....  
kod pocztowy ..... miejscowość ..... ulica .....

.....  
data urodzenia ..... imiona rodziców ..... zawód .....

.....  
nr pesel .....

adres do korespondencji .....

adres e-mail .....

---

2. Data i godzina wypadku .....

3. Miejsce wypadku .....

4. Czy poszkodowany w chwili wypadku był trzeźwy                      tak      nie

5. Rozpoznanie/ diagnoza(\*)

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

6. Okoliczności nieszczęśliwego wypadku (\*\*):

a) Do wypadku doszło:

- w życiu prywatnym;
- w pracy
- w drodze do / z pracy;

b) Charakter uczestnictwa, jeśli był to wypadek komunikacyjny/drogowy

- nie dotyczy – nie był to wypadek komunikacyjny/ drogowy
- kierowca samochodu;
- pasażer pojazdu;



.....  
12. Imię i nazwisko właściciela konta, numer konta, nazwa banku, na które należy przelać odszkodowanie:

.....  
13. Załączniki do zgłoszenia szkody:

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....

Klauzule:

Wyrażam zgodę na przesłanie potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia szkody na adres e-mail wskazany w formularzu

Tak / Nie

Podanie danych jest dobrowolne. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87, jako administrator danych, informuje Panią/Pana o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych oraz marketingowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie - aktualnie i w przyszłości - w celach marketingowych moich danych osobowych, których administratorem jest TUiR „WARTA” S.A. przez podmioty współpracujące z TUiR „WARTA” S.A. w tym przez TUnŻ „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87 i podmioty z nim współpracujące.

Tak / Nie

.....  
Data i podpis  
ubezpieczającego

.....  
Data i podpis  
poszkodowanego

(\*) opis obrażeń ciała

(\*\*) odpowiednie zaznaczyć X

**Prosimy dołączyć dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej oraz z kontynuacji leczenia powypadkowego (potwierdzoną za zgodność z oryginałem).  
Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w związku z zaistniałą szkodą osobową w dniu ..... wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez osobę upoważnioną przez TUIR „WARTA” S.A. od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem, informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

Powyższe oświadczenie składam w celu umożliwienia TUIR „WARTA” S.A. realizacji uprawnień wynikających z dyspozycji art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010r. Nr 11, poz.66 ze zm.), art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. Nr 0, poz. 159 ze zm.).

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowany o tym, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest TUIR „WARTA” S.A., ul. Chmielna 85/87, 00-805 Warszawa,
- 2) dane osobowe zbierane są i przetwarzane w celu wszechstronnego ustalenia okoliczności powstania szkody, odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości należnego odszkodowania przez TUIR „WARTA” S.A. oraz podmioty współpracujące w procesie likwidacji szkody z TUIR „WARTA” S.A.,
- 3) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

Imię i Nazwisko:

Adres korespondencyjny:

PESEL:

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Ubezpieczonego/Poszkodowanego)

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

dokładny adres Placówki medycznej, nazwisko lekarza prowadzącego