

UBEZPIECZONY (przedszkolak/uczeń/nauczyciel).

Imię i nazwisko :

Pesel :

Adres:

ZGŁASZAJĄCY (w przypadku gdy osobą ubezpieczoną jest osoba niepełnoletnia, należy podać dane rodzica lub przedstawiciela ustawowego).

Imię i nazwisko :

Pesel :

Adres:

UBEZPIECZAJĄCY (szkoła, przedszkole, żłobek lub inna instytucja, która zawarła umowę ubezpieczenia)

Imię i nazwisko / nazwa :

Numer polisy:

OKOLICZNOŚCI SZKODY

Data zdarzenia / ujawnienia :

Miejsce zdarzenia :

Opis zdarzenia :

FORMA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Forma przekazania świadczenia : Przelew na rachunek bankowy/Przekaz pocztowy

Numer rachunku bankowego :

Adresat świadczenia :

Adres odbioru (wypełnić w przypadku przekazu pocztowego):

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

dzieci, młodzieży oraz personelu placówek oświatowo-wychowawczych „NAU” UBEZPIECZONA SZKOŁA



INFORMACJE KONTAKTOWE

Adres korespondencyjny :

Adres email :

Telefon :

DOKUMENTY (Wykaz wymaganych dokumentów znajdziesz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia dostępnych na stronie www.nau.pl)

Dokumenty załączone :

OŚWIADCZENIA

Przetwarzanie danych osobowych :

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu prawidłowego prowadzenia procesu likwidacji szkody przez NAU S.A. oraz ACE European Group Ltd. Sp. z o.o. – Oddział w Polsce, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.). Oświadczam ponadto, iż takiej samej zgody udzielam w odniesieniu do danych Ubezpieczonego, o ile Zgłaszający i Ubezpieczony to dwie osoby, a Zgłaszający posiada prawo do reprezentowania Ubezpieczonego jako jego rodzic lub opiekun prawny.

Kontakt z użyciem poczty elektronicznej :

Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji w sprawie likwidacji przedmiotowej szkody z użyciem poczty elektronicznej, na podany przeze mnie adres e-mail.

Poprawność przedstawionych danych :

Oświadczam, iż dane przedstawione przeze mnie w niniejszym wniosku są wyczerpujące, prawdziwe oraz podane zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Mam świadomość odpowiedzialności wynikającej z przepisów prawa za zatajanie faktów lub składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania nienależnego świadczenia pieniężnego.

DODATKOWE UWAGI

Dodatkowe informacje :

Miejscowość, data i podpis

Nauczycielska Agencja Ubezpieczeniowa S.A, NIP 525-21-00-353, KRS 0000093218 Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawa w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. Wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości 500,000 PLN.

Adres korespondencyjny: ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-389 Warszawa
szkody.nnw@nau.pl | 0-801-11-22-55 | www.nau.pl

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NNW

POTWIERDZENIE UCZĘSZCZANIA UCZNIA DO PLACÓWKI OŚWIATOWO-WYCHOWAWCZEJ I OBJĘCIA PROGRAMEM UBEZPIECZENIA NNW DZIECI, MŁODZIEŻY ORAZ PERSONELU PLACÓWEK OŚWIATOWO-WYCHOWAWCZYCH „NAU”
UBEZPIECZONA SZKOŁA

Niniejszym potwierdzam uczęszczanie (ucznia/uczennicy) / zatrudnienie pracownika

..... (imię i nazwisko)

do/w

.....
..... (nazwa i adres szkoły)

w roku szkolnym(podać rok, w którym doszło do nieszczęśliwego wypadku).

Potwierdzam również objęcie ww. ucznia/pracownika ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży oraz personelu placówek oświatowo – wychowawczych „NAU” *Ubezpieczona Szkoła* w roku szkolnym, w którym miał miejsce nieszczęśliwy wypadek.

Powyższa informacja przekazywana jest na potrzeby postępowania likwidacyjnego prowadzonego w związku z zaistniałym wypadkiem.

.....
(pieczęć szkoły i podpis upoważnionej osoby)