|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Ubezpieczający (nazwa i adres): | **Politechnika Warszawska**  Plac Politechniki 1; 00–661 Warszawa |
|  | Numer polisy: |  |
| 1 | Ubezpieczony (Poszkodowany): (imię i nazwisko, numer Pesel) |  |
| 2 | Dane wnioskodawcy - Ubezpieczonego lub innej osoby zgłaszającej szkodę (imię i nazwisko, adres do korespondencji, nr telefonu, e-mail): |  |
| 3 | Data i miejsce powstania szkody: |  |
| 4 | Przyczyna i okoliczności powstania szkody (opis): |  |
| 5 | Uszkodzenia ciała spowodowane wypadkiem: |  |
| 6 | Placówki medyczne, w których prowadzono leczenie powypadkowe): |  |
| 7 | Potwierdzenie ubezpieczenia:  Niniejszym potwierdzamy, że Poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNW numer polisy ……………….. w okresie od 01.10.2022 do 30.09.2023 i opłacił składkę w wysokości ………..,-PLN w dniu ………………….. | ………………………………………………  pieczęć Ubezpieczającego  ………………………………………………  Data, pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego |
| 8 | Nazwa banku i numer konta do wypłaty odszkodowania**:** |  |

**ZAŁĄCZNIK NR 1 do Umowy Generalnej nr …………………. grupowego, dobrowolnego ubezpieczenia pracowników i studentów Politechniki Warszawskiej od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków**

**Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW studentów**

**i pracowników Politechniki Warszawskiej**

**w ………………...**

**….………………………………..**

(podpis Wnioskodawcy)