

<b>Ubezpieczony</b>	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Numer polisy	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/> PESEL <input type="text"/>
Rodzaj wykonywanej pracy / uprawianej dyscypliny sportowej	<input type="text"/>
<b>Wnioskujący</b> Osoba składająca Wniosek	
<input type="checkbox"/> Ubezpieczony <input type="checkbox"/> Inna osoba	
Nazwisko	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/> PESEL <input type="text"/>
Numer telefonu kontaktowego	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
<b>Adres zamieszkania</b>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miasto <input type="text"/> Ulica, nr domu, nr lokalu <input type="text"/>
<b>Adres korespondencyjny</b>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miasto <input type="text"/> Ulica, nr domu, nr lokalu <input type="text"/>
<b>Dokument identyfikacyjny</b>	
Rodzaj	Numer i data wydania <input type="text"/> (rok, m-ąc, dzień) <input type="text"/>
Organ wystawiający	<input type="text"/>
<b>Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym</b>	<input type="text"/> (wypełnić, gdy składający Wniosek jest inną osobą niż Ubezpieczony)
<b>Wypadek i leczenie powypadkowe</b>	
Data, godzina	<input type="text"/> : <input type="text"/>
miejsce wypadku	dzień, miesiąc, rok <input type="text"/> : min. <input type="text"/> miejsce <input type="text"/>
<b>Świadkowie wypadku</b>	<input type="text"/>
Imiona, nazwiska, adresy	<input type="text"/>
<b>Okoliczności i przebieg wypadku</b>	<input type="text"/>
<b>Poszkodowany*</b>	<input type="checkbox"/> był / <input type="checkbox"/> nie był, pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających
<b>Uszkodzenia ciała spowodowane wypadkiem</b>	<input type="text"/>
<b>Informacje odnośnie udzielenia pierwszej pomocy medycznej</b>	<input type="text"/>
Kiedy (data i godzina), gdzie i kto udzielił pomocy bezpośrednio po wypadku	<input type="text"/>
<b>Leczenie powypadkowe</b>	<input type="text"/>
Nazwy i adresy placówek medycznych, gdzie prowadzono leczenie powypadkowe	<input type="text"/>

**Oświadczenie**

Wyrażam/nie wyrażam zgody\* na przesyłanie mi informacji handlowych przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. na wskazany adres poczty elektronicznej, a także telefonicznie, telefaksem lub innym środkiem komunikacji elektronicznej, także po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia oraz na składanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oświadczeń i przekazywanie informacji związanych z zawarciem i wykonywaniem umów ubezpieczenia, które łączą mnie ze Spółką z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej. W związku z powyższym, zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie adresu poczty elektronicznej.

\_\_\_\_\_  
 miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
 podpis Poszkodowanego

Ubezpieczający

Imię, nazwisko, nazwa

Adres

pieczęć Ubezpieczającego

Potwierdzenie  
ubezpieczenia

Poszkodowany jest objęty\*  ubezpieczeniem grupowym

w okresie od [ ] dzień, [ ] miesiąc, [ ] rok do [ ] dzień, [ ] miesiąc, [ ] rok

deklaracja zgody z dnia [ ] dzień, [ ] miesiąc, [ ] rok

Numer polisy

Wypadek wydarzył się\*  w pracy  w drodze do pracy lub z pracy  w życiu prywatnym

miejsowość, data

pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego

Załączniki  
do zgłoszenia szkody\*

dokument medyczny z udzielenia pierwszej pomocy medycznej potwierdzający zaistnienie wypadku w danym dniu

dokumentacja medyczna z leczenia powypadkowego w poszczególnych placówkach medycznych w liczbie [ ]

rachunki w liczbie [ ]

protokół policyjny

inne [ ] podać jakie

Przyznana kwotę proszę\*

przelać na konto [ ] w Banku [ ]

przesłać pocztą na adres

ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy miejscowość

Wypełnia pracownik UNIQA TU S.A.

Zgłoszenie szkody i zakreślone załączniki  
do zgłoszenia szkody zostały przyjęte  
w dniu

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie