

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

miejsceowość, 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