

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"/>
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.

 miejscowość, data

 podpis Poszkodowanego

Ubezpieczający

Imię, nazwisko, nazwa

Adres

pieczęć Ubezpieczającego

Potwierdzenie ubezpieczenia

Numer polisy

Poszkodowany jest objęty* ubezpieczeniem grupowym w okresie od dzień, miesiąc, rok do dzień, miesiąc, rok
deklaracja zgody z dnia dzień, miesiąc, rok

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