



ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko					

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
_____		_____	_____	_____	_____
Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
_____		_____	_____	_____	_____
PESEL		E-mail			
_____		_____			
Numer telefonu		Numer paszportu (wypełniają obcokrajowcy)			
_____		_____			
Status prawny		<input type="checkbox"/> Współmałżonek		<input type="checkbox"/> Dziecko	
		<input type="checkbox"/> Konkubent			
Klasa ryzyka		<input type="checkbox"/> I Klasa		<input type="checkbox"/> II Klasa	
		<input type="checkbox"/> III Klasa			

II. DANE ROSZCZĄCEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA, JEŻELI WYPADKOWI ULEGŁ NIELETNI

Imię i nazwisko					

Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
_____		_____	_____	_____	_____
PESEL		E-mail			
_____		_____			
Numer telefonu		Numer paszportu (wypełniają obcokrajowcy)			
_____		_____			

III. DANE Z POLISY

Numer polisy		Numer potwierdzenia (opcjonalnie)	
_____		_____	
Okres ubezpieczenia	Od (DD:MM:RRRR)	Do (DD:MM:RRRR)	Suma ubezpieczenia
	_____	_____	_____

Przy umowie grupowego ubezpieczenia konieczne jest wypełnienie przez Ubezpieczającego części „Oświadczenie Ubezpieczającego”

IV. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO (ZAKŁAD PRACY, PLACÓWKA SZKOLNA ITP.)

Data odpłacenia składki/ostatniej raty składki	DD:MM:RRRR	Pieczęć Ubezpieczającego
_____	_____	
Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacane były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za Ubezpieczonego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy opłacano składkę za miesiąc, w którym wystąpiło zdarzenie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Data zatrudnienia Ubezpieczonego w zakładzie pracy	DD:MM:RRRR	
_____	_____	

V. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

Data wypadku (DD:MM:RRRR)	Godzina wypadku (GG:MM)	Miejsce wypadku
_____	_____	_____

Okołności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń

Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających?

Tak Nie

Czy wypadek związany był z

Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeśli tak proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych
Zawałem serca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Udarem mózgu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

Nazwiska, adresy i telefony ewentualnych świadków wypadku

