



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel. 42 66 66 500 lub 801 597 597
centrala@uniqa.pl, www.uniqa.pl
Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieście w Łodzi
KRS 0000001201, NIP 727-012-63-58
Kapitał zakładowy i wpłacony: 220 308 282 PLN

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Nr szkody / / 2 0

Zgłoszenie szkody

Ubezpieczony

Numer polisy

Nazwisko

Imię

PESEL

Rodzaj wykonywanej pracy / uprawianej dyscypliny sportowej

Wnioskujący

Osoba składająca Wniosek

☐ Ubezpieczony ☐ Inna osoba

Nazwisko

Imię

PESEL

Numer telefonu kontaktowego

E-mail

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Miasto

Ulica, nr domu, nr lokalu

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy

Miasto

Ulica, nr domu, nr lokalu

Dokument identyfikacyjny

Rodzaj

Numer i data wydania

(rok, m-ąc, dzień)

Organ wystawiający

Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym

(wypełnić, gdy składający Wniosek jest inną osobą niż Ubezpieczony)

Wypadek i leczenie powypadkowe

Data, godzina

miejsce wypadku

dzień, miesiąc, rok

godz. : min.

miejsce

Świadkowie wypadku

Imiona, nazwiska, adresy

Okoliczności i przebieg wypadku

Poszkodowany*

☐ był / ☐ nie był, pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających

Uszkodzenia ciała spowodowane wypadkiem

Informacje odnośnie udzielenia pierwszej pomocy medycznej

Kiedy (data i godzina), gdzie i kto udzielił pomocy bezpośrednio po wypadku

Leczenie powypadkowe

Nazwy i adresy placówek medycznych, gdzie prowadzono leczenie powypadkowe

Oświadczenie

Wyrażam/nie wyrażam zgody* na przysyłanie 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, zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie adresu poczty elektronicznej.

miejscowość, data

podpis Poszkodowanego

miejscowość, 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 _____		
Przyznaną kwotę proszę*		☐ przełać na konto _____ w Banku _____	
☐ przesłać pocztą na adres _____		ulica, nr domu, nr mieszkania _____ — _____ Kod pocztowy _____ miejscowość _____	

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

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie