

Proszę wypełnić drukowanymi literami

UBEZPIECZONY

Nazwisko

Imię

PESEL

Data wypadku __/__/____ Godzina wypadku ____ Miejsce wypadku _____

Długość pobytu w szpitalu: od __/__/____ do __/__/____ Liczba dni ____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie dodatkowo poniższych danych oraz na przekazywanie informacji lub składanie oświadczeń na:

Tel. kontaktowy _____ E-mail _____

OKOLICZNOŚCI WYPADKU

Proszę opisać okoliczności wypadku:

Proszę podać:

• Świadka/świadków wypadku (dane kontaktowe): _____

• Adres szpitala: _____

• Nazwę Prokuratury prowadzącej dochodzenie: _____

DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Nr konta do wypłaty świadczenia

Nazwa właściciela konta

WYMAGANE DOKUMENTY

- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- kopię karty z pobytu szpitalnego Ubezpieczonego
- dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze (np. Policja, Prokuratura itp.)
- kserokopię prawa jazdy oraz dowodu rejestracyjnego (jeśli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził samochód)
- inne (proszę wymienić)

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

data: __/__/____

Czytelny podpis Ubezpieczonego: