

Proszę wypełnić drukowanymi literami

UBEZPIECZONY

Nazwisko

Imię

PESEL

Data wypadku

Godzina wypadku

Miejsce wypadku

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

Tel. kontaktowy

E-mail

OKOLICZNOŚCI WYPADKU

Proszę podać:

Nazwiska i adresy świadków wypadku	Gdzie udzielono Ubezpieczonemu pierwszej pomocy lekarskiej po wypadku?	Czy i kiedy zakończono leczenie i rehabilitację?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Proszę podać przyczynę i opisać okoliczności wypadku:

Proszę określić jaki rodzaj inwalidztwa spowodował wypadek:

Proszę podać nazwę Prokuratury prowadzącej dochodzenie:

DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Nr konta do

wypłaty świadczenia

Nazwa właściciela

konta

WYMAGANE DOKUMENTY

- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego (z zasłoniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- zaświadczenie lekarskie określające stan zdrowia Ubezpieczonego z opisem przebiegu leczenia
- dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze (np. Policja, Prokuratura itp.)
- kopie kart wypisowych z pobytu w szpitalu
- 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: