

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA CZASOWEJ
NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY**

(w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku)

Polisa nr

Proszę wypełnić drukowanymi literami

UBEZPIECZONY

Nazwisko

Imię

PESEL

Data wypadku

Godzina wypadku

Miejsce wypadku

Niezdolność do pracy 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 podać:

Nazwiska i adresy świadków wypadku	Gdzie udzielono Ubezpieczonemu pierwszej pomocy lekarskiej po wypadku?	W jakiej prokuraturze prowadzone było dochodzenie w związku z wypadkiem?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Proszę podać przyczynę i opisać okoliczności wypadku:

DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Nr konta do

wypłaty świadczenia

Nazwa właściciela

konta

WYMAGANE DOKUMENTY

- kserokopia dowodu osobistego Ubezpiezonego (z zasłoniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- kopia zwolnienia lekarskiego potwierdzającego niezdolność do pracy (minimalny okres 15 dni), poświadczoną przez zakład pracy
- dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze (np. Policja, Prokuratura itp.)
- kserokopia prawa jazdy i dowodu rejestracyjnego (jeśli w chwili wypadku Ubezpieczony prowadził samochód)
- inne (proszę wymienić)

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

Data:

Czytelny podpis Ubezpiezonego: