

Proszę wypełnić drukowanymi literami  
**UBEZPIECZONY**

Nazwisko

Imię

Data wypadku

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Godzina wypadku

\_\_ \_\_

Miejsce wypadku

\_\_\_\_\_

Waga

kg

Wzrost

cm

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

Tel. kontaktowy

E-mail

**OKOLICZNOŚCI WYPADKU**

Rodzaj obrażenia	Adres szpitala	Nazwisko i adres lekarza leczącego ambulatoryjnie

Proszę opisać okoliczności wypadku:

Proszę podać:

• Świadka/świadków wypadku (dane kontaktowe):

• Nazwę Prokuratury prowadzącej dochodzenie:

**DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA**

Nr konta do

wypłaty świadczenia

Nazwa właściciela

konta

**WYMAGANE OŚWIADCZENIE**

**OŚWIADCZAM, ŻE PODCZAS ZDARZENIA BYŁEM/AM POD WPŁYWEM ALKOHOLU LUB INNYCH ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH:**

TAK  NIE

**WYMAGANE DOKUMENTY**

- kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego (z zasłoniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- kopia karty z pobytu szpitalnego Ubezpieczonego lub dokumentacji ambulatoryjnej
- dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze (np. Policja, Prokuratura itp.)
- zdjęcie RTG złamanej kości/zdjęcie oparzenia wraz z opisem radiologicznym
- kserokopia 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: .....