

<b>Ubezpieczony DZIECKO</b>	<input type="text"/> Nazwisko		
<b>Numer polisy</b>	<input type="text"/> Imię		<input type="text"/> PESEL
<b>NIE DOTYCZY</b>			
Rodzaj wykonywanej pracy / uprawianej dyscypliny sportowej			
<input type="text"/> Nazwisko			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczony		<input checked="" type="checkbox"/> Inna osoba	
<input type="text"/> Numer telefonu kontaktowego		<input type="text"/> Imię	
<input type="text"/> Adres zamieszkania		<input type="text"/> E-mail	
<input type="text"/> Adres korespondencyjny		<input type="text"/> E-mail	
<input type="text"/> Dokument identyfikacyjny		<input type="text"/> Rodzaj	
<input type="text"/> Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym		<input type="text"/> Numer i data wydania (rok, m-ąc, dzień)	
<input type="text"/> Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym		<input type="text"/> Organ wystawiający	
<input type="text"/> Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym		<input type="text"/> (wypełnić, gdy składający Wniosek jest inną osobą niż Ubezpieczony)	
<b>Wypadek i leczenie powypadkowe</b>			
<input type="text"/> Świadczenie wypadku		<input type="text"/> Data, godzina, miejsce wypadku	
<input type="text"/> Okoliczności i przebieg wypadku		<input type="text"/> dzień, miesiąc, rok godz. : min. miejsce	
<input type="text"/> Poszkodowany*		<input type="checkbox"/> był / <input type="checkbox"/> nie był, pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających	
<input type="text"/> Uszkodzenia ciała spowodowane wypadkiem		<input type="text"/>	
<input type="text"/> Informacje odnośnie udzielenia pierwszej pomocy medycznej		<input type="text"/> Kiedy (data i godzina), gdzie i kto udzielił pomocy bezpośrednio po wypadku	
<input type="text"/> Leczenie powypadkowe		<input type="text"/> Nazwy i adresy placówek medycznych, gdzie prowadzono leczenie powypadkowe	

**Oświadczenie**

**Wyrażam/nie wyrażam zgody\*** na przesyłanie 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, zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie adresu poczty elektronicznej.

\_\_\_\_\_  
 miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
 podpis Poszkodowanego

Ubezpieczający

NIE DOTYCZY

Imię, nazwisko, nazwa

Adres

POTWIERDZA BROKER  
GOLD MARZENA SPANIAŁ

pieczęć Ubezpieczającego

Potwierdzenie  
ubezpieczenia

Numer polisy

Poszkodowany jest objęty\*  ubezpieczeniem grupowym w okresie od [ ] dzień, [ ] miesiąc, [ ] rok do [ ] dzień, [ ] miesiąc, [ ] rok  
deklaracja zgody z dnia [ ] dzień, [ ] miesiąc, [ ] rok

Wypadek wydarzył się\*  w pracy  w drodze do pracy lub z pracy  w życiu prywatnym

miejsowość, 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 [ ] podać jakie [ ]

Przyznana kwotę proszę\*

przelać na konto [ ] w Banku [ ]  
 przesłać pocztą na adres [ ]  
ulica, nr domu, nr mieszkania [ ]  
Kod pocztowy [ ] miejscowość [ ]

Wypełnia pracownik UNIQA TU S.A.

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

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie