

Ubezpieczony **DZIECKO**

Numer polisy

Nazwisko

Imię

PESEL

Rodzaj wykonywanej pracy / uprawianej dyscypliny sportowej

Wnioskujący **RODZIC**

Osoba składająca Wniosek

Ubezpieczony Inna osoba

Nazwisko

Imię

PESEL

Numer telefonu kontaktowego

E-mail

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Miasto

Ulica, nr domu, nr lokalu

Adres korespondencyjny

Kod pocztowy

Miasto

Ulica, nr domu, nr lokalu

Dokument identyfikacyjny

Rodzaj

Numer i data wydania

(rok, m-ąc, dzień)

Organ wystawiający

Stopień pokrewieństwa
 z Ubezpieczonym

(wypełnić, gdy składający Wniosek jest inną osobą niż Ubezpieczony)

Wypadek i leczenie
 powypadkowe

Data, godzina

miejsce wypadku

dzień, miesiąc, rok

godz. : min.

miejsce

Świadkowie wypadku

Imiona, nazwiska, adresy

Okoliczności i przebieg
 wypadku

Poszkodowany*

był / nie był, pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających

Uszkodzenia ciała
 spowodowane wypadkiem

Informacje odnośnie
 udzielenia pierwszej
 pomocy medycznej

Kiedy (data i godzina), gdzie i kto udzielił pomocy bezpośrednio po wypadku

Leczenie powypadkowe

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.

miejsceowość, data

podpis Poszkodowanego

Ubezpieczający

NIE DOTYCZY

Imię, nazwisko, nazwa

Adres

POTWIERDZA BROKER
GOLD MARZENA SPANIAŁ

pieczęć Ubezpieczającego

Potwierdzenie
ubezpieczenia

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

Numer polisy

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 []

proszę wpisać nr konta



Wypełnia pracownik UNIQA TU S.A.

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

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie

Niniejszym udzielam Pełnomocnictwa Gold Marzena Spaniał do reprezentowania i prowadzenia nadzoru nad likwidacją szkód przed Uniqa TU S.A.

podpis Poszkodowanego