

Ubezpieczenie  Numer polisy  /  -  Data początku ubezpieczenia   
dzień, miesiąc, rok

Ubezpieczony

Nazwisko

Imiona Numer klienta PESEL

Adres zameldowania   
Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Data wypadku        
dzień, miesiąc, rok

Jeśli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy lub inny wymagający posiadania uprawnień - podać cechy tego dokumentu

Wyczerpujący opis wypadku  
(przyczyna, okoliczności, przebieg)

Świadkowie wypadku

Imię, nazwisko, adres podpis świadka

Kto, kiedy i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

Wnioskodawca

Nazwisko

Imiona Numer klienta PESEL

Adres zameldowania   
Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość

Telefon, fax Adres e-mail

Dokument identyfikacyjny Numer Data wyd. (dzień, m-c, rok) Organ wystawiający

Należne świadczenie  proszę przelać pocztą na mój adres domowy

proszę przelać na moje konto osobiste  w   
nr konta nazwa banku

Naruszenie obowiązku zgłoszenia prawidłowych danych

Oświadczam, że jako Wnioskodawca udzieliłem/am odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku zgodnie z prawdą i wyczerpująco. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować jej nieważnością.

Oświadczenia

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych dotyczących stanu zdrowia, z wyłączeniem danych genetycznych przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, KRS pod numerem 0000005751.

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA T.U. na Życie S.A. do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych o informację dotyczące mojego stanu zdrowia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, w celu ustalenia prawa do odszkodowania lub świadczenia, a także określenia jego wysokości.

Przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

miejscowość, data  czytelny podpis Wnioskodawcy

Wypełnia Pośrednik TU

Uwagi  Przyjęto dnia

miejscowość, data  czytelny podpis przyjmującego dokumenty

## Wstępne orzeczenie lekarskie

### wypełnia lekarz

Przyjęcie Ubezpieczonego bezpośrednio po wypadku

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień, miesiąc, rok										godzina, minuta									

Przewidywany okres leczenia szpitalnego w miesiącach

Przewidywany miesiąc i rok badania końcowego

Opis (w języku polskim) obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem

Nazwa zakładu leczniczego, w którym poszkodowany leczy(ł) się po wypadku

miejsowość, data

pieczęć i podpis lekarza

## Wypełnia osoba potwierdzająca ubezpieczenie

### Potwierdza się, że

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko, imię										Nr polisy					PESEL				

jest objęty ubezpieczeniem

nazwa ubezpieczenia

wraz z ryzykiem dodatkowym

Początek odpowiedzialności wobec Ubezpieczonego

dzień

miesiąc (słownie)

rok

Czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązywała karencja? ▶

tak

nie

Suma ubezpieczenia

zł

Składka

częstotliwość wpłaty

zł

słownie złotych

Ostatnią składkę opłacono dnia

dzień

miesiąc (słownie)

rok

za

Uwagi

W przypadku nieterminowych lub nieregularnych wpłat - należy załączyć wykaz zawierający daty, wysokości i sposoby dokonania wpłat.

miejsowość, data

podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie

## Wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń

Numer roszczenia w Przedstawicielstwie

Czy w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie szczególne warunki ubezpieczenia? ▶

tak

nie

Czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego istniała odpowiedzialność wobec Ubezpieczonego? ▶

tak

nie

Na podstawie niniejszego zgłoszenia stwierdza się, że:

 Świadczenie z tytułu  \* może być wypłacone na podstawie paragrafu 

OWU  OWUD

Suma ubezpieczenia

X

%

liczba % za 1% trwałego uszczerbku

X

%

orzeczony % trwałego uszczerbku

Kwota należnego świadczenia

zł

słownie złotych

 Roszczenie o wypłatę świadczenia kwalifikuje się do odmowy z powodu

Sporządził dnia

dzień, miesiąc, rok

pieczęć i podpis

Sprawdził dnia

dzień, miesiąc, rok

pieczęć i podpis

Zatwierdził kwotę do wypłaty

zł

dnia

dzień, miesiąc, rok

słownie złotych

pieczęć i podpis



właściwe zakreślić

\* właściwie wpisać