

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)

### Świadcowie 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

0-      
Telefon, fax Adres e-mail

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

**Należyne świadczenie**  odbiorę w kasie przedstawicielstwa  proszę przesłać 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-Sródmieścia 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

/

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(t) się po wypadku

miejsce, data

pieczęć i podpis lekarza

## Wypełnia osoba potwierdzająca ubezpieczenie

### Potwierdza się, że

/  /

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

zł

częstotliwość wpłaty

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.

miejsce, 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

%

X

%

liczba % za 1% trwałego uszczerbku

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



właściwie zakreślić

\* właściwie wpisać