



Numer Polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer szkody

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Zgłoszenie roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku

### 1. Zgłoszenie dotyczy:

- Trwałego uszczerbku / inwalidztwa / poważnego urazu / złamania, oparzenia lub odmrożenia  
 Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku / udaru mózgu / zawału serca  
 Pobytu w szpitalu  
 Kosztów leczenia i rehabilitacji  
 Naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych  
 Czasowej niezdolności do pracy zarobkowej  
 Inne .....

### 2. Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego / Poszkodowanego

Nazwisko 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Imię 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres e-mail 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ulica 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 nr domu 

--	--	--	--

 nr mieszkania 

--	--	--	--

Miejscowość 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Kod pocztowy 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--

 Telefon kontaktowy 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czy Poszkodowany jest:  praworęczny  leworęczny

### 3. Dane identyfikacyjne Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Nazwisko 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Imię 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres e-mail 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ulica 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 nr domu 

--	--	--	--

 nr mieszkania 

--	--	--	--

Miejscowość 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Kod pocztowy 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--

 Telefon kontaktowy 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 4. Wypadek

Data zdarzenia 

D																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Miejsce wypadku 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### a) Oświadczenie o szczegółowych okolicznościach zdarzenia


b) Czy w chwili zdarzenia Poszkodowany znajdował się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych? NIE  TAK

c) Czy do zdarzenia doszło w ramach treningów, meczów lub innych zajęć sportowych? NIE  TAK  jakich.....

d) Czy leczenie zostało zakończone?

TAK  data zakończenia leczenia 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 NIE  przewidywany termin zakończenia leczenia 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe?

TAK  NIE  dane adresowe: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

f) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?

TAK  NIE  dane adresowe / sygnatura akt: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

