

Ubezpieczony	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Numer polisy	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/> PESEL <input type="text"/>
Rodzaj wykonywanej pracy / uprawianej dyscypliny sportowej	<input type="text"/>
Wnioskujący Osoba składająca Wniosek	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ubezpieczony <input type="checkbox"/> Inna osoba	Nazwisko <input type="text"/>
	Imię <input type="text"/> PESEL <input type="text"/>
Numer telefonu kontaktowego	E-mail <input type="text"/>
Adres zamieszkania	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miasto <input type="text"/> Ulica, nr domu, nr lokalu <input type="text"/>
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miasto <input type="text"/> Ulica, nr domu, nr lokalu <input type="text"/>
Dokument identyfikacyjny	<input type="text"/>
Rodzaj	Numer i data wydania <input type="text"/> (rok, m-ąc, dzień) <input type="text"/>
Organ wystawiający	<input type="text"/>
Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym	<input type="text"/> (wypełnić, gdy składający Wniosek jest inną osobą niż Ubezpieczony)
Wypadek i leczenie powypadkowe	<input type="text"/>
Data, godzina	<input type="text"/> : <input type="text"/>
miejsce wypadku	dzień, miesiąc, rok <input type="text"/> : min. <input type="text"/> miejsce <input type="text"/>
Świadkowie wypadku	<input type="text"/>
	Imiona, nazwiska, adresy <input type="text"/>
Okoliczności i przebieg wypadku	<input type="text"/>
Poszkodowany*	<input type="checkbox"/> był / <input type="checkbox"/> nie był, pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających
Uszkodzenia ciała spowodowane wypadkiem	<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 <input type="text"/>

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

