

Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Bezczeni.pl)
1. Zgłoszenie dotyczy

- Urazu wskutek nieszczęśliwego wypadku
 Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku / udaru mózgu / zawału serca / wypadku komunikacyjnego / śmierci rodzica
 Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku / Pobytu w szpitalu wskutek choroby
 Kosztów leczenia i rehabilitacji
 Naprawy, wypożyczenia lub zakupu środków pomocniczych
 Poważnego zachorowania / Ugryzienia przez kleszcza

Numer polisy

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

Numer szkody

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

2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / 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 Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Nazwisko

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

 Imię

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

Adres e-mail

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

 PESEL

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

Ulica

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

 Nr domu

--	--	--	--

 Nr mieszkania

--	--	--	--

Miejscowość

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

 Kod pocztowy

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

 Telefon kontaktowy

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

4. Dane dokumentu tożsamości Poszkodowanego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Organ wydający

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

 Numer i seria dokumentu

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

5. Wypadek

Data zdarzenia

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 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 leczenie zostało zakończone?

 TAK

Data zakończenia leczenia

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 NIE

Przewidywany termin zakończenia leczenia

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 d) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe? TAK NIE

 Dane adresowe:

--

 e) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie? TAK NIE

 Dane adresowe / sygnatura akt:

--

