

Załącznik do zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia złożonego w dniu: - - | DD-MM-RRRR
(dotyczy zdarzeń będących wynikiem jakiegokolwiek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku przy pracy)

Nr wniosku (NWR): / /

Nr polisy/certyfikatu: - -

Opis zdarzenia (okoliczności zajścia, przebieg)

Adresy lekarzy leczących oraz placówek medycznych, w których osoba, której dotyczy roszczenie była badana lub leczona w związku ze zgłaszanym roszczeniem: (dotyczy lekarzy/placówek medycznych, którzy udzielili pierwszej pomocy medycznej oraz leczyli w późniejszym okresie)

Czy wypadek zgłaszany był na policji, jeśli tak to proszę podać adres lub telefon komendy przyjmującej zgłoszenie?
Jeżeli w sprawie zdarzenia toczy się postępowanie wyjaśniające również proszę podać adres i telefon jednostki policji lub prokuratury prowadzącej dochodzenie

Czy w chwili wypadku osoba, której zdarzenie dotyczy była pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? TAK NIE

Czy w chwili wypadku osoba, której zdarzenie dotyczy prowadziła pojazd? TAK NIE

Jeżeli w chwili wypadku osoba, której zdarzenie dotyczy prowadziła pojazd, czy posiadała ważne uprawnienia? TAK NIE

Czy uszkodzony (utracony) organ, układ lub narząd był upośledzony przed nieszczęśliwym wypadkiem/ wypadkiem przy pracy/zawałem serca/udarem mózgu wskutek wcześniej przebytego urazu i/lub samoistnej choroby? TAK NIE

Jeżeli tak, to kiedy? (prosimy podać datę powstania urazu lub zachorowania) - - | DD-MM-RRRR

miejscowość, data pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie podpis osoby zgłaszającej roszczenie