



## Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Bezpoczny.pl)

dla formy grupowej w wersji bezimiennej

### 1. Zgłoszenie dotyczy

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

- 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

### 2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / Poszkodowanego

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

### 3. Dane identyfikacyjne Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

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

\_\_\_\_\_  
Organ wydający

\_\_\_\_\_  
Numer i seria dokumentu

### 5. Wypadek / informacje dotyczące zdarzenia

\_\_\_\_\_  
Data zdarzenia

\_\_\_\_\_  
Miejsce zdarzenia

a) Okoliczności i miejsce zdarzenia:

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

c) Czy leczenie zostało zakończone?  TAK  NIE

\_\_\_\_\_  
Data zakończenia leczenia

\_\_\_\_\_  
Przewidywany termin zakończenia leczenia

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: \_\_\_\_\_

