

Ubezpieczający			pieczęć Ubezpieczającego
	Imię, nazwisko, nazwa		
Potwierdzenie ubezpieczenia	Adres		deklaracja zgody z dnia
	Poszkodowany jest objęty* <input type="checkbox"/> ubezpieczeniem grupowym w okresie od		
Numer polisy			do
			dzień, miesiąc, rok
			dzień, miesiąc, rok
	Wypadek wydarzył się* <input type="checkbox"/> w pracy <input type="checkbox"/> w drodze do pracy lub z pracy <input type="checkbox"/> w życiu prywatnym <input type="checkbox"/>		dzień, miesiąc, rok

miejsowość, data		pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego	
Załączniki do zgłoszenia szkody*	<input type="checkbox"/> dokument medyczny z udzielenia pierwszej pomocy medycznej potwierdzający zaistnienie wypadku w danym dniu	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z leczenia powypadkowego w poszczególnych placówkach medycznych w liczbie	
	<input type="checkbox"/> rachunki w liczbie	<input type="checkbox"/> protokół policyjny	
	<input type="checkbox"/> inne <input type="text" value="podać jakie"/>		
Przyznana kwotę proszę*	<input type="checkbox"/> przełać na konto	w Banku	
	<input type="checkbox"/> przesłać pocztą na adres	ulica, nr domu, nr mieszkania	
		Kod pocztowy	miejsowość
Wypełnia pracownik UNIQA TU S.A.			

Zgłoszenie szkody i zakreślone załączniki do zgłoszenia szkody zostały przyjęte w dniu

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie