



**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA / TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU
/ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

1. Data wpłynięcia zgłoszenia (DD-MM-RRRR)	2. Nr roszczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego	4. Data urodzenia (DD-MM-RRRR)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Adres zamieszkania Ubezpieczonego				
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr telefonu	e-mail			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

6. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)	7. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)
<input type="text"/>

9. Preferowany sposób kontaktu (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)	
<input type="checkbox"/> e-mail: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pocztą: adres korespondencyjny: <input type="text"/>

10. Nazwa świadczeń, z tytułu których dokonywane jest zgłoszenie roszczenia	
<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	<input type="checkbox"/> całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	<input type="checkbox"/> czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> inne

INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCYNĄ INWALIDZTWA/USZCZERBKU NA ZDROWIU/NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

11. Data, godzina, miejsce i okoliczności wypadku
<input type="text"/>
12. Rodzaj doznanych obrażeń
<input type="text"/>
13. Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku
<input type="text"/>
14. Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczyl się po wypadku
<input type="text"/>

(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)



EHZ01020063061010

