

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu?*

Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?*

Czy Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z wypadkiem?

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię karty leczenia szpitalnego potwierdzoną za zgodność z oryginałem

Tak Nie

Czy był spisany protokół policyjny?

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu potwierdzoną za zgodność z oryginałem

Tak Nie

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie

5. Dane dotyczące leczenia

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku

Data leczenia

1) od _____ do _____

2) od _____ do _____

3) od _____ do _____

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany(a) jest Pan(i) obecnie, a także był(a) poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.

6. Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

Okoliczności i miejsce zgonu

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?

Tak Nie Jeżeli tak, proszę dołączyć jej wynik

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?

Tak Nie Jeżeli tak, należy dołączyć protokół

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie.

7. Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel konta _____

Numer konta _____

Przekaz pocztowy

Adres _____

Świadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

prosimy zaznaczyć odpowiednie pole