



## Kwestionariusz uzupełniający do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zdarzenia wskutek nieszczęśliwego wypadku – NW

Nr polisy \_\_\_\_\_

- Ubezpieczenie indywidualne  
 Ubezpieczenie grupowe  
 Ubezpieczenie zawarte w Banku

Prosimy o wypełnienie niniejszego kwestionariusza drukowanymi literami, poprawki prosimy nanieść poprzez skreślenie informacji błędnej, wpisanie poprawnej, a następnie parafowanie udzielonej odpowiedzi.

### Ubezpieczony

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_

### Dane o zdarzeniu

Data zdarzenia \_\_\_\_\_ Godzina \_\_\_\_\_  
Miejsce zdarzenia  
(w tym miejscowość,  
ulica) \_\_\_\_\_  
Data udzielenia  
pierwszej pomocy \_\_\_\_\_  
Kto udzielił  
pierwszej pomocy \_\_\_\_\_

### Świadek I

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Pokrewieństwo  
z Ubezpieczonym \_\_\_\_\_  
Telefon do kontaktu \_\_\_\_\_

### Świadek II

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Pokrewieństwo  
z Ubezpieczonym \_\_\_\_\_  
Telefon do kontaktu \_\_\_\_\_

### Informacje dotyczące obrażeń

Opis odniesionych obrażeń:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek wcześniej Ubezpieczony uległ wypadkowi?  Nie  Tak

Data wypadku

Jeśli Tak, prosimy podać opis wypadku/ skutki wypadku:

Czy leczenie po wypadku zostało zakończone (łącznie z rehabilitacją)?  Nie  Tak

Jeśli Tak, prosimy podać datę zakończenia leczenia:

Oparzenia  Nie  Tak

a) Rodzaj oparzenia:

oparzenie termiczne – źródło:

oparzenie chemiczne – rodzaj/ nazwa substancji chemicznej:

b) Rodzaj i opis odzieży oraz obuwia jakie Ubezpieczony miał na sobie podczas oparzenia:

Odzież

Obuwie

c) Opis okoliczności zdarzenia:

Upadek z wysokości  Nie  Tak

a) Z jakiej wysokości Ubezpieczony upadł?

do 3 metrów  pow. 3 metrów (ile metrów )  inne

b) Jaki był powód upadku ?

zasłabnięcie/omdlenie  niezachowanie ostrożności  inne

c) Opis okoliczności upadku:

Wypadek komunikacyjny:  Nie  Tak

a) Ubezpieczony był:

kierującym  pieszym  pasażerem  inne/jakie

b) Opis okoliczności zdarzenia:

Inne zdarzenie:  Nie  Tak

uraz powstał w trakcie uprawiania sportu (prosimy podać dyscyplinę oraz rodzaj i opis zdarzenia):

inny (prosimy podać rodzaj i opis zdarzenia):

Prosimy podać imię/imiona i nazwisko/a lekarza/y, adres/y zakładu/ów leczniczego/ych, w którym Ubezpieczony był objęty opieką lekarską lub zasięgał porad lekarskich po wypadku:

Zgodnie z art. 6 Kodeksu Cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”. Niniejsze oświadczenie składam na prośbę Towarzystwa. Oświadczam iż wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu dane są zgodne z moją najlepszą wiedzą oraz potwierdzam prawdziwość powyższych informacji własnoręcznym podpisem.

**Załączniki:**

**Oparzenie:**

- Dokumentacja medyczna z leczenia
- Protokół powypadkowy

**Upadek z wysokości:**

- Notatka urzędowa (protokół powypadkowy, notatka policyjna)
- Dokumentacja medyczna z leczenia

**Wypadek komunikacyjny:**

- Kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu
- Kopia prawa jazdy – w przypadku gdy Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili NW
- Notatka urzędowa (protokół powypadkowy, notatka policyjna)
- Dokumentacja medyczna z leczenia

Ubezpieczony

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Przedstawiciel

Podpis

Data