

**INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE „MEDIZDROWIE”  
DLA KLIENTÓW ONEY POLSKA S.A.**

Wniosek o wypłatę odszkodowania, Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać bezpośrednio do UNIQA TU S.A., na następujący adres:

**UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**  
Centrum Pomocy  
ul. Gdańska 132  
90-520 Łódź

**Dane Ubezpieczonego**

Nazwisko			
Imię			
PESEL	d   d   m   m   r   r   r   r	Data urodzenia (w przypadku obcokrajowca)	
Telefon kontaktowy	E-mail		
Adres stałego zameldowania	Kod pocztowy	Miejscowość	
	Ulica		Nr domu    Nr lokalu
	Rodzaj	Seria i numer	d   d   m   m   r   r   r   r    Organ wystawiający

**Rodzaj szkody, czas i miejsce zdarzenia**

Opis szkody:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czas i miejsce zdarzenia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Świadkowie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dane poszkodowanego (imię, nazwisko, adres):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zawiadomienie o szkodzie**

Czy zgłaszano szkodę do UNIQA TU S.A. telefonicznie?\*     tak     nie    jeśli "tak", prosimy podać numer szkody \_\_\_\_\_

O szkodzie powiadomiono:

Policję\*     tak     nie    jeśli "tak", podać nazwę i adres jednostki \_\_\_\_\_

Data zgłoszenia    d | d | m | m | r | r | r | r    Godzina zgłoszenia    :    :

Inne Towarzystwo Ubezpieczeń (jeżeli Ubezpieczony był w nim ubezpieczony)\*     tak     nie    jeśli "tak", podać nazwę i adres jednostki \_\_\_\_\_

Data zgłoszenia    d | d | m | m | r | r | r | r    Godzina zgłoszenia    :    :

**Dokumenty do wypłaty świadczenia**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\*  zaznaczyć właściwą opcję

