Miejscowość , data…………………..

(Pełna nazwa Towarzystwa Ubezpieczeń)

…………………………………………………………….

………………………adres…………………………….

Nr polisy……………………………

Poszkodowany: (Oznaczenie Wnioskodawcy tj. Poszkodowanego)

………….Adres…………….

**ZGŁOSZENIE SZKODY**

Działając w imieniu własnym, jako Poszkodowana/Poszkodowany, która/który w wyniku wypadku doznał/doznała obrażeń ciała, wnoszę o przeprowadzanie procesu likwidacji szkody oraz:

**- wypłatę świadczenia z tytułu pobytu szpitalnego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;**

**Opis zdarzenia: ( jak doszło do wystąpienia urazu)………………………………………………………….**

**UZASADNIENIE:**

(Wskazujemy jakie rodzaju urazu doznaliśmy oraz jak wyglądało leczenie, jak też ile dni przebywaliśmy w szpitalu. UWAGA w większości polis konieczny jest min. 3 dniowy pobyt w szpitalu aby Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło świadczenie dlatego bardzo ważne jest zapoznanie się przed zgłoszeniem roszczeń z OWU obowiązującymi do Państwa polisy!)……………………………………………………………………………………………………………………………………

..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Mając na uwadze powyższe okoliczności, wnosimy jak na wstępie.

Wnosimy o przeprowadzenie procesu likwidacji szkody w terminie określonym w art. 817 kc.

W przypadku przedłużenia procesu likwidacji prosimy o poinformowanie nas o takiej okoliczności, wraz z podaniem przyczyny zwłoki.

Z wyrazami szacunku,

Załączniki:

* Karta informacyjna z leczenia szpitalnego,