



Numer Polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer szkody

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgłoszenie roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku

1. Zgłoszenie dotyczy:

- Trwałego uszczerbku / inwalidztwa / poważnego urazu / złamania, oparzenia lub odmrożenia
- Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku / udaru mózgu / zawału serca
- Pobytu w szpitalu
- Kosztów leczenia i rehabilitacji
- Naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
- Czasowej niezdolności do pracy zarobkowej
- Inne

2. Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego / Poszkodowanego

Nazwisko Imię

Adres e-mail PESEL

Ulica nr domu nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy - Telefon kontaktowy

Czy Poszkodowany jest: praworęczny leworęczny

3. Dane identyfikacyjne Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Nazwisko Imię

Adres e-mail PESEL

Ulica nr domu nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy - Telefon kontaktowy

4. Wypadek

Data zdarzenia Miejsce wypadku

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

a) Oświadczenie o szczegółowych okolicznościach zdarzenia

b) Czy w chwili zdarzenia Poszkodowany znajdował się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych? NIE TAK

c) Czy do zdarzenia doszło w ramach treningów, meczów lub innych zajęć sportowych? NIE TAK jakich.....

d) Czy leczenie zostało zakończone?
 TAK data zakończenia leczenia NIE przewidywany termin zakończenia leczenia

e) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe?
 TAK NIE dane adresowe:

f) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?
 TAK NIE dane adresowe / sygnatura akt:

g) Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony / Poszkodowany w związku z wypadkiem

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica / miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

h) Upoważnienie Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego dla placówek medycznych

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej informacji lub dokumentacji dotyczących mojego stanu zdrowia, w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

Miejscowość	Data	Podpis Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

i) Dotyczy wypadku komunikacyjnego – dane kierowcy (dotyczy pojazdu, w którym znajdował się Ubezpieczony / Poszkodowany):

Nazwisko	Imię
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer prawa jazdy	Numer rejestracyjny pojazdu kierowcy
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Dokumenty wymagane w celu rozpatrzenia roszczenia:

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego / Akt Zgonu
- kopia Karty Informacyjnej Izby Przyjęć / SOR / Ambulatorium / Karty Statystycznej Zgonu
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego i specjalistycznego
- kopia skierowania na rehabilitację / karta zabiegów – w przypadku zgłoszenia zwrotu kosztów rehabilitacji medycznej
- kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez lekarza – w przypadku zgłoszenia czasowej niezdolności do pracy
- oryginały imiennych faktur i rachunków związanych z procesem leczenia i rehabilitacji – w przypadku zgłoszenia zwrotu kosztów leczenia, rehabilitacji i zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
- kopia notatki urzędowej Policji z miejsca zdarzenia
- kopia prawa jazdy / karty rowerowej / dowód rejestracyjny – w przypadku zdarzeń związanych z ruchem pojazdów

Generali T.U. S.A. zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

6. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

przelew na rachunek bankowy

7. Oświadczenia

1. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią Regulaminu świadczenia usług w zakresie likwidacji szkód / roszczeń za pomocą poczty elektronicznej oraz sms, akceptuję w całości jego warunki oraz wyrażam zgodę na świadczenie na moją rzecz Usługi o jakiej mowa w Regulaminie. Zostałem / am także poinformowany / a, że treść Regulaminu jest dostępna na stronie generali.pl.

Czy w przypadku złożenia reklamacji wnioskuję Pani/Pan o udzielanie odpowiedzi pocztą elektroniczną? TAK NIE

wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkiej korespondencji w sprawie zgłoszonego roszczenia na wskazany adres e-mail.

E-mail

wyrażam zgodę na przesyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o świadczeniu

Miejscowość	Data	Podpis Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Niniejszym zaświadczam, że Ubezpieczony jest objęty ochroną w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia

Miejscowość	Data	Ubezpieczający – pieczętka, data i podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>