

Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Niezczęśliwych Wypadków Bezpieczny.pl)**1. Zgłoszenie dotyczy**

- Urazu wskutek nieszczęśliwego wypadku
 Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku / udaru mózgu / zawału serca / wypadku komunikacyjnego / śmierci rodzica
 Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku / Pobytu w szpitalu wskutek choroby
 Kosztów leczenia i rehabilitacji
 Naprawy, wypożyczenia lub zakupu środków pomocniczych
 Poważnego zachorowania / Ugryzienia przez kleszcza

Numer polisy

Numer szkody

2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / 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 Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Nazwisko Imię

Adres e-mail PESEL

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Telefon kontaktowy

4. Dane dokumentu tożsamości Poszkodowanego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Organ wydający Numer i seria dokumentu

5. Wypadek

Data zdarzenia Miejsce wypadku

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 leczenie zostało zakończone?

 TAK

Data zakończenia leczenia

 NIE

Przewidywany termin zakończenia leczenia

d) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe? TAK NIEDane adresowe: e) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie? TAK NIEDane adresowe / sygnatura akt:

f) 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)
<input type="checkbox"/>		D D M M R R R R	
<input type="checkbox"/>		D D M M R R R R	
<input type="checkbox"/>		D D M M R R R R	
<input type="checkbox"/>		D D M M R R R R	
<input type="checkbox"/>		D D M M R R R R	

g) Upoważnienie Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego dla placówek medycznych

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wnioski 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 / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
<input type="text"/>	D D M M R R R R	<input type="text"/>

6. Dokumenty wymagane w celu rozpatrzenia roszczenia

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Akt Urodzenia
- kopia dowodu osobistego Uposażonego oraz Akt Zgonu Ubezpieczonego/Rodzica, w przypadku roszczenia z tytułu śmierci
- 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
- imienne faktury i rachunki – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zwrotu kosztów leczenia, rehabilitacji i środków pomocniczych
- kopia notatki urzędowej Policji z miejsca zdarzenia, w przypadku wezwania Policji na miejsce zdarzenia
- kopia prawa jazdy / karty rowerowej / dowód rejestracyjny – w przypadku wypadków komunikacyjnych
- inne dokumenty wskazane przez Generali

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

7. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

- przelew na rachunek bankowy

8. 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 wnioskuje Pani/Pan o udzielanie odpowiedzi pocztą elektroniczną? TAK NIE

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

Adres e-mail

- wyrażam zgodę na przysyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o świadczeniu

Numer telefonu

Miejscowość	Data	Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
<input type="text"/>	D D M M R R R R	<input type="text"/>

W PRZYPADKU, POLISY BEZIMIENNEJ

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

Miejscowość	Data	Ubezpieczający – pieczęć, data i podpis
<input type="text"/>	D D M M R R R R	<input type="text"/>