GENERALI

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 D D M M R R R R

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 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:

Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, zarejestrowana w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 10623, kapitał zakładowy 191.000.000 zł wpłacony w całości, NIP 526-23-49-108. Spółka należy do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod numerem 26. Centrum Klienta: 913 913 913, centrumklienta@generali.pl

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

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

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 D D M M R R R R | Podpis Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

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

Nazwisko | Imię

Numer prawa jazdy | Numer rejestracyjny pojazdu kierowcy

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 wnioskuje 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 | Numer telefonu

Miejscowość | Data D D M M R R R R | Podpis Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

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

Miejscowość | Data D D M M R R R R | Ubezpieczający – pieczątka, data i podpis