



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego / Współubezpieczonych (R05)

Zgłoszenie dotyczy:

- trwałego uszczerbku/trwałego inwalidztwa na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
- pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
- pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
- refundacji kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwych wypadków
- refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwych wypadków
- inne

* na jednym formularzu dozwolone jest zgłoszenie roszczeń wyłącznie jednego Ubezpieczonego

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nazwisko rodowe

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Data zdarzenia

Miejsce zdarzenia

Dokładny opis zdarzenia

Odniesione wskutek zgłaszanego zdarzenia obrażenia ciała

W przypadku urazu kończyn górnych prosimy o informację czy ubezpieczony jest: praworęczny leworęczny

Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony/Współubezpieczony w związku z wypadkiem

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

Czy leczenie zostało zakończone? TAK - data zakończenia leczenia:
 NIE - przewidywana data zakończenia leczenia:

Czy na miejsce zdarzenia była wzywana Policja/Pogotowie Ratunkowe? TAK NIE

Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie? TAK NIE

	Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA			
PROKURATURA			
POGOTOWIE RATUNKOWE			

Czy zdarzenie miało miejsce w pracy? TAK NIE Czy sporządzono protokół BHP, kartę wypadku itp.? TAK NIE

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 17

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952.

Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

- przelew na rachunek bankowy numer:
- przekaz pocztowy na adres Ubezpieczonego (podany powyżej)
- przekaz pocztowy na adres:

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:**- zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:**

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia dokumentacji z pierwszej pomocy
- kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- kopia protokołu BHP
- inne.....

- zdarzeń dotyczących Współmałżonka:

- kopia dowodu osobistego Współmałżonka
- kopia opisu skróconego aktu małżeństwa
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia dokumentacji z pierwszej pomocy
- kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- inne.....

- zdarzeń dotyczących Dziecka:

- kopia aktu urodzenia Dziecka
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia dokumentacji z pierwszej pomocy
- kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- inne.....

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

Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałżonka lub pełnoletniego Dziecka)*

*wypełnić w przypadku gdy roszczenie dotyczy Dziecka/Współmałżonka

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe.

Ja, niżej podpisany/a zam.
upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki medyczne, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji / dokumentacji dotyczącej historii mojej choroby, fizycznego i psychicznego stanu zdrowia, pobytów w szpitalu, udzielonych porad lub diagnostyki medycznej oraz leczenia.

Miejscowość Data Podpis Współubezpieczonego

Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Oświadczam, że w chwili wypadku byłem trzeźwy i nie byłem pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków: TAK NIE

2. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

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 przyznanej świadczeniu.

Telefon

3. Oświadczam iż, zapoznałem/am się z treścią Regulaminu o świadczenie 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 <http://www.generali.pl>

Ja, niżej podpisany/a zam.
upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki medyczne, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji / dokumentacji dotyczącej historii mojej choroby, fizycznego i psychicznego stanu zdrowia, pobytów w szpitalu, udzielonych porad lub diagnostyki medycznej oraz leczenia.

Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie Pracodawcy

Niniejszym zawiadamiam o zaistnieniu zdarzenia przewidzianego w zawartej Umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że udzielone poniżej odpowiedzi dotyczące Ubezpieczonego są kompletne i zgodne z prawdą. Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia:

TAK NIE

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej w imieniu Ubezpieczającego

Data zatrudnienia Data opłacenia ostatniej składki

Miejscowość Data