

Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Bezpieczny.pl)

dla formy grupowej w wersji bezimiennej

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**2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / Poszkodowanego**_____
Nazwisko_____
Imię_____
Adres_____
PESEL_____
Telefon_____
Email**3. Dane identyfikacyjne Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego**_____
Nazwisko_____
Imię_____
Adres_____
PESEL_____
Telefon_____
Email**4. Dane dokumentu tożsamości Poszkodowanego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego**_____
Organ wydający_____
Numer i seria dokumentu**5. Wypadek / informacje dotyczące zdarzenia**_____
Data zdarzenia_____
Miejsce zdarzenia

a) Okoliczności i miejsce zdarzenia:

b) Czy w chwili zdarzenia Poszkodowany znajdował się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych? ☐ NIE ☐ TAKc) Czy leczenie zostało zakończone? ☐ TAK ☐ NIE

Data zakończenia leczenia_____
Przewidywany termin zakończenia leczeniad) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe? ☐ TAK ☐ NIE

Dane adresowe: _____

e) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie? ☐ TAK ☐ NIE

Dane adresowe / sygnatura akt: _____

f) Miejsce udzielenia pierwszej pomocy medycznej

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

g) Upoważnienie Ubezpieczonego / Rodzica / 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 / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
-------------	------	---

6. Dokumenty wymagane w celu rozpatrzenia roszczenia

- ☐ seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego (dowód osobisty lub paszport) 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 imiennych faktury i rachunków – 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 (*dot. przypadków: bójki lub wypadku komunikacyjnego*)
- ☐ 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

☐ przekaz pocztowy Adres: _____

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 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.

Adres e-mail _____

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

Numer telefonu _____

Miejscowość	Data	Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
-------------	------	---

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

Miejscowość	Data	
-------------	------	--

Ubezpieczający – pieczęć, data i podpis
placówki dydaktyczno oświatowej