



## Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Bezpoczny.pl)

dla formy grupowej w wersji bezimiennej

### 1. Zgłoszenie dotyczy

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

- 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

### 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  TAK

c) Czy leczenie zostało zakończone?  TAK  NIE

\_\_\_\_\_  
Data zakończenia leczenia

\_\_\_\_\_  
Przewidywany termin zakończenia leczenia

d) 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