

**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 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.

\_\_\_\_\_  
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