



Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Bezpoczny.pl)

dla formy indywidualnej (zakup przez stronę bezpieczny.pl) oraz formy grupowej w wersji imiennej

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 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
-------------	------	---