

**Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Bezpieczny.pl)****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

Numer szkody

**2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / Poszkodowanego**

Nazwisko  Imię

Adres e-mail  PESEL

Ulica  Nr domu  Nr mieszkania

Miejscowość  Kod pocztowy  Telefon kontaktowy

Czy Poszkodowany jest:  praworęczny  leworęczny

**3. Dane identyfikacyjne Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego**

Nazwisko  Imię

Adres e-mail  PESEL

Ulica  Nr domu  Nr mieszkania

Miejscowość  Kod pocztowy  Telefon kontaktowy

**4. Dane dokumentu tożsamości Poszkodowanego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego**

Organ wydający  Numer i seria dokumentu

**5. Wypadek**

Data zdarzenia  Miejsce wypadku

a) Oświadczenie o szczegółowych okolicznościach zdarzenia

  
  
  
b) Czy w chwili zdarzenia Poszkodowany znajdował się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych?  NIE  TAK

c) Czy leczenie zostało zakończone?

 TAK

Data zakończenia leczenia

 NIE

Przewidywany termin zakończenia leczenia

d) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe?  TAK  NIEDane adresowe: e) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?  TAK  NIEDane adresowe / sygnatura akt:

f) Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony / Poszkodowany w związku z wypadkiem

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica / miejscowość, nr domu, kod pocztowy)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

g) Upoważnienie Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego dla placówek medycznych

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wnioski 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**

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Akt Urodzenia
- kopia dowodu osobistego Uposażonego 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 zwolnienia lekarskiego wydanego przez lekarza – w przypadku zgłoszenia czasowej niezdolności do pracy
- imienne faktury i rachunki – 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
- kopia prawa jazdy / karty rowerowej / dowód rejestracyjny – w przypadku wypadków komunikacyjnych
- 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

**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 przysyłanie wszelkiej korespondencji w sprawie zgłoszonego roszczenia na wskazany adres e-mail.

Adres e-mail

wyrażam zgodę na przysyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o świadczeniu

Numer telefonu

Miejscowość  Data  Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

**W PRZYPADKU, POLISY BEZIMIENNEJ**

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

Miejscowość  Data  Ubezpieczający – pieczętka, data i podpis