

Zgłoszenie roszczenia w trybie "48 godzin" (R04)

Zgłoszenie dotyczy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka | <input type="checkbox"/> śmierci Rodzica |
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną | <input type="checkbox"/> śmierci Teścia |
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka martwego | |

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko	<input type="text"/>
Nazwisko rodowe	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>

Adres korespondencyjny

Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>	Nr mieszkania	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Tel. kontaktowy	<input type="text"/>

Dane urodzonego Dziecka lub osoby Zmarłej /w zależności od zgłoszonego roszczenia/

Nazwisko	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
Data urodzenia lub zgonu	<input type="text"/>

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia /właściwe zaznaczyć/

<input type="checkbox"/> przelew na rachunek bankowy numer :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> przekaz pocztowy na adres Ubezpieczonego (podany powyżej)	
<input type="checkbox"/> przekaz pocztowy na adres /jeżeli jest inny niż korespondencyjny/	<input type="text"/>

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia /zaznaczyć załączone dokumenty/:

- urodzenie Dziecka

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan aktu urodzenia Dziecka

- urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan aktu urodzenia Dziecka/Dzieci
- skan dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie wady wrodzonej dziecka

- urodzenie Dziecka martwego

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan aktu urodzenia Dziecka (z adnotacją "dziecko martwo urodzone")
- skan karty informacyjnej leczenia szpitalnego podczas, którego odbył się poród

- zgon Rodzica

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan aktu zgonu Rodzica

- zgon Teścia/Teściowej

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan dowodu osobistego Współmałżonka Ubezpieczonego
- skan aktu zgonu Teścia/Teściowej
- skan aktu małżeństwa Ubezpieczonego

W przypadku Umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dla małych i średnich firm do ww. dokumentów należy dołączyć dokumentację potwierdzającą wcześniejsze ubezpieczenie (certyfikat, deklaracja i zaświadczenie pracodawcy o warunkach wcześniejszej umowy ubezpieczenia)

Oświadczenie Ubezpieczonego

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe.

Miejscowość	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Podpis Ubezpieczonego	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------	----------------------	-----------------------	----------------------

 Wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkiej korespondencji w sprawie zgłoszonego roszczenia na wskazany adres emailowy.

 email

 Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany nr telefonu informacji o kwocie wypłaconego świadczenia.

 telefon

Miejscowość	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Podpis Ubezpieczonego	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------	----------------------	-----------------------	----------------------

Oświadczenie Pracodawcy

 Niniejszym zawiadamiam o zaistnieniu zdarzenia przewidzianego w zawartej Umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że udzielone poniżej odpowiedzi dotyczące Ubezpieczonego są kompletne i zgodne z prawdą. Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia: TAK NIE

Data zatrudnienia	<input type="text"/>	Data opłacenia ostatniej składki	<input type="text"/>	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej w imieniu Ubezpieczającego	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------	---	----------------------

Miejscowość	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------	----------------------

Generali Życie T.U.S.A.



Numer Polisy/certyfikatu

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

Nazwa Ubezpieczającego

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

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego / Współubezpieczonych (R06)*

* na jednym formularzu dozwolone jest zgłoszenie roszczeń wyłącznie jednego Ubezpieczonego

Zgłoszenie dotyczy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pobytu w szpitalu Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> operacji chirurgicznej Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> pobytu w szpitalu Dziecka Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> operacji chirurgicznej Współmałżonka |
| <input type="checkbox"/> pobytu Współmałżonka w szpitalu | <input type="checkbox"/> operacji chirurgicznych Dziecka |
| <input type="checkbox"/> pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu | <input type="checkbox"/> zabiegów specjalistycznych Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu | <input type="checkbox"/> urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela |
| <input type="checkbox"/> poważnej choroby Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz samodzielnej egzystencji |
| <input type="checkbox"/> poważnej choroby Współmałżonka Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> poważnej choroby Dziecka Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty |
| <input type="checkbox"/> rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek choroby | <input type="checkbox"/> inne..... |

Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego

Nazwisko

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

Imię

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

PESEL

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

Adres korespondencyjny

Ulica

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

Numer domu

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

Numer mieszkania

--	--	--	--

Miejscowość

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

Kod pocztowy

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

Telefon kontaktowy

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

Data rozpoznania choroby/wykonania operacji

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Zakłady lecznicze, w których leczył się Ubezpieczony/Współubezpieczony

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)

Data początku leczenia
D D M M R R R R
D D M M R R R R
D D M M R R R R
D D M M R R R R

Adres placówki (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności o pracy /w przypadku zgłoszenia niezdolności Ubezpieczonego do pracy
- kopia skierowania na rehabilitację /w przypadku zgłoszenia rehabilitacji medycznej/
- kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital
- oryginał faktury za rehabilitację /w przypadku zgłoszenia rehabilitacji medycznej/
- oryginał faktury lub rachunku wystawionego imiennie na Ubezpieczonego za dokonaną konsultację /w przypadku zgłaszania refundacji kosztów wizyty u lekarza specjalisty

zdarzeń dotyczących Współmałżonka:

- dowodu osobistego Współmałżonka
- kopia skróconego aktu małżeństwa
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego

zdarzeń dotyczących Dziecka:

- kopia aktu urodzenia Dziecka
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego

Generali Życie T.U. S.A. zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

przelew na rachunek bankowy

przekaz pocztowy na adres /jeśli jest inny niż korespondencyjny/

(Generali Życie T.U. S.A. informuje, że przekaz pocztowy realizowany jest w terminie do dwóch tygodni od wypłaty środków)

Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałżonka lub pełnoletniego Dziecka)*

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe.

2. Ja, niżej podpisany/azam.PESEL.....
upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia – z wyłączeniem wyników badań genetycznych – w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

* wypełnić w przypadku gdy roszczenie dotyczy Dziecka/Współmałżonka

Miejscowość

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis

Oświadczenia Ubezpieczonego

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

2. Oświadczam, że w chwili zdarzenia byłem trzeźwy i nie byłem pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków: TAK NIE

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.

E-mail

Numer telefonu

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

3. Ja, niżej podpisany/azam.PESEL.....
upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia – z wyłączeniem wyników badań genetycznych – w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

Oświadczenia dodatkowe Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A., z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji promocyjnych i handlowych dotyczących produktów i usług podmiotów z Grupy Generali w Polsce.

TAK

NIE

Miejscowość

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis



Numer Polisy/certyfikatu

 Nazwa Ubezpieczającego

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego / Współubezpieczonych (R05)*

* na jednym formularzu dozwolone jest zgłoszenie roszczeń wyłącznie jednego Ubezpieczonego

Zgłoszenie dotyczy:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> trwałego uszczerbku/trwałego inwalidztwa na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałzonka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> refundacji kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwych wypadków |
| <input type="checkbox"/> trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwych wypadków |
| <input type="checkbox"/> trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy | <input type="checkbox"/> urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> pobytu Współmałzonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> inne..... |

Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego

Nazwisko Imię

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica Numer domu Numer mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy - Telefon kontaktowy

Dane dotyczące zdarzenia

Data zdarzenia Miejsce zdarzenia

Dokładny opis zdarzenia

Obrażenia ciała odniesione wskutek zgłaszanego zdarzenia

W przypadku urazu kończyn górnych prosimy o informację czy ubezpieczony jest: praworęczny leworęczny

Zakłady lecznicze, w których leczył się Ubezpieczony/Współubezpieczony 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"/>

Czy leczenie zostało zakończone? TAK data zakończenia leczenia NIE przewidywany termin zakończenia leczenia

Czy na miejsce zdarzenia wzywane było Pogotowie Ratunkowe? TAK NIE Czy na miejsce zdarzenia wzywana była Policja? TAK NIE

Nazwa i adres	Sygnatura akt
POLICJA	<input type="text"/>
PROKURATURA	<input type="text"/>
POGOTOWIE RATUNKOWE	<input type="text"/>

Czy zdarzenie miało miejsce w pracy? TAK NIE Czy sporządzono protokół BHP, kartę wypadku itp.? TAK NIE

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

przelew na rachunek bankowy

przekaz pocztowy na adres /jeśli jest inny niż korespondencyjny/
(Generali Życie T.U. S.A. informuje, że przekaz pocztowy realizowany jest w terminie do dwóch tygodni od wypłaty środków)

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego kopia protokołu BHP
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital
- kopia dokumentacji z pierwszej pomocy inne

zdarzeń dotyczących Dziecka:

- kopia aktu urodzenia Dziecka kopia dokumentacji z pierwszej pomocy
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego inne
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego

zdarzeń dotyczących Współmałżonka:

- kopia dowodu osobistego Współmałżonka kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia opisu skróconego aktu małżeństwa kopia dokumentacji z pierwszej pomocy
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego inne

Generali Życie T.U. S.A. zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałżonka lub pełnoletniego Dziecka)*

- 1. Oświadczam, że w chwili wypadku byłem trzeźwy i nie byłem pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków: TAK NIE
- 2. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe.

Ja, niżej podpisany/a zam.PESEL.....
upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia – z wyłączeniem wyników badań genetycznych – w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

* wypełnić w przypadku gdy roszczenie dotyczy Dziecka/Współmałżonka

Miejscowość Data Podpis

Oświadczenia Ubezpieczonego

- 1. Oświadczam, że w chwili wypadku byłem trzeźwy i nie byłem pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków: TAK NIE
- 2. 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.

E-mail

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

3. Ja, niżej podpisany/a zam.PESEL.....
upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia – z wyłączeniem wyników badań genetycznych – w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

Oświadczenia dodatkowe Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A., z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji promocyjnych i handlowych dotyczących produktów i usług podmiotów z Grupy Generali w Polsce.

TAK NIE

Miejscowość Data Podpis