

Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Niezszczęśliwych 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

9000000000

Numer szkody

2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / Poszkodowanego

Tutaj wpisujemy dane dziecka

Form fields for child's data: Nazwisko (NOWAK), Imię (ADAM), Adres e-mail, PESEL (0000000000), Ulica (KRAKOWSKA), Nr domu (1), Nr mieszkania (1), Mięscowość (WARSZAWA), Kod pocztowy (00-001), Telefon kontaktowy.

PODAJEMY JEŚLI DZIECKO JEST PEŁNOLETNIE

3. Dane identyfikacyjne Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Tutaj wpisujemy dane opiekuna prawnego, jeśli dziecko jest pełnoletnie, to wpisuje tutaj swoje dane

Form fields for guardian's data: Nazwisko (NOWAK), Imię (PAWEŁ), Adres e-mail (ADRESMAILRODZICA@EMAIL.PL), PESEL (8000000000), Ulica (KRAKOWSKA), Nr domu (1), Nr mieszkania (1), Mięscowość (WARSZAWA), Kod pocztowy (00-001), Telefon kontaktowy (555-666-777).

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

Tutaj wpisujemy dane opiekuna prawnego, jeśli dziecko jest pełnoletnie, to wpisuje tutaj swoje dane

Form fields for ID document: Organ wydający (PREZYDENT MIASTA WARSZAWA), Numer i seria dokumentu (AAA000000).

5. Wypadek

Date of incident: 22/11/2019. Location: BOISKO SZKOLNE PRZY SZKOLE NR 1000 W WARSZAWIE.

a) Oświadczenie o szczegółowych okolicznościach zdarzenia

SYN (ADAM NOWAK) PODCZAS PRZERWY LEKCYJNEJ GRAŁ Z KOLEGAMI NA BOISKU SZKOLNYM W PIŁKĘ NOŻNĄ. W PEWNYM MOMENCIE INNY ZAWODNIK WPADŁ NA NIEGO I PRZEWROCİŁ NA MURAWĘ. SYN DOZNAŁ ZŁAMANIA KOŚCI PRAWYJ RĘKI ORAZ OGÓLNYCH POTŁUCZEŃ

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

c) Czy leczenie zostało zakończone?

[X] TAK

Data zakończenia leczenia

18/12/2019

[] NIE

Przewidywany termin zakończenia leczenia

DDMMRRRR

d) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe? [] TAK [X] NIE

Dane adresowe: []

e) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie? [] TAK [X] NIE

Dane 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)
1	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	2 2 1 1 2 0 1 9	UL. POZNAŃSKA 1, 00-001 WARSZAWA
2	LEKARZ RODZINNY JAN KOWALSKI	2 4 1 1 2 0 1 9	UL. GDYŃSKA 1, 00-001 WARSZAWA
3	LEKARZ ORTOPEDA PIOTR PIOTROWSKI	2 5 1 1 2 0 1 9	UL. POLSKA 1, 00-001 WARSZAWA
4	PRZYCHODNIA FIZJOTERAPII	1 0 1 2 2 0 1 9	UL. WROCŁAWSKA 1, 00-001 WARSZAWA
		D D M M R R R R	

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

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wnioszek 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
WARSZAWA	1 2 1 2 2 0 1 9	PODPIS RODZICA LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

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 NUMER KONTA NALEŻĄCY DO OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

- przelew na rachunek bankowy 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4 5 5 5 5 6 6 6 6 7 7 7 7

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

ADRESEMILRODZICA@EMAIL.PL

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

Numer telefonu

JEŚLI DZIECKO JEST PEŁNOLETNIE MOŻE WSKAZAĆ SWOJ E-MAIL I NR TELEFONU

55-666-777

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

WARSZAWA

1 2 1 2 2 0 1 9

PODPIS RODZICA LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

W PRZYPADKU, POLISY BEZIMIENNEJ

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

Miejscowość

Data

Ubezpieczający – pieczętka, data i podpis

WARSZAWA

1 2 1 2 2 0 1 9

PIECZĄTKA I PODPIS SZKOŁY