



Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Bebezpieczny.pl)

dla formy grupowej w wersji bezimiennnej

8 0 1 5 0 0 3 1 0 5 8

Numer polisy

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

2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / Poszkodowanego

Tutaj wpisujemy dane dziecka

NOWAK

Nazwisko

ADAM

Imię

00-001 WARSZAWA, UL. KRAKOWSKA 1

Adres

0000000000

PESEL

913-913-913

Telefon

EMAIL@EMAIL.COM

Email

3. Dane identyfikacyjne Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

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

Nazwisko

Imię

Adres

PESEL

Telefon

Email

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

PREZYDENT MIASTA WARSZAWA

Organ wydający

AAA 111111

Numer i seria dokumentu

5. Wypadek / informacje dotyczące zdarzenia

01-10-2022

Data zdarzenia

BOISKO PRZY SZKOLE NR 1000 W WARSZAWIE - UL. SZKOLNA 99, 00-001 WARSZAWA

Miejsce zdarzenia

a) Okoliczności i miejsce 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 PRZEWRÓCIŁ GO NA MURAWĘ. SYN W WYNIKU UPADKU DOZNAŁ ZŁAMANIA KOŚCI PRAWEJ RĘKI ORAZ OGÓLNYCH POTŁUCZEŃ.

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

c) Czy leczenie zostało zakończone?

TAK

15-11-2022

Data zakończenia leczenia

NIE

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

1. **SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE** **01-10-2022**
Lp. Nazwa placówki (zakładu leczniczego) Data początku leczenia

UL. POZNAŃSKA 1, 00-001 WARSZAWA
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.

WARSZAWA

Miejscowość

23-11-2022

Data

PODPIS RODZICA LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

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: bójk 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 **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**

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 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.

EMAIL@EMAIL.COM

Adres e-mail

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

913-913-913

Numer telefonu

WARSZAWA

Miejscowość

23-11-2022

Data

PODPIS RODZICA LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

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

WARSZAWA

Miejscowość

24-11-2022

Data

PIECZĄTKA I PODPIS SZKOŁY

Ubezpieczający – pieczętka, data i podpis placówki dydaktyczno oświatowej