



# GENERALI

## Ubezpieczenia grupowe

### Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących zdrowia Ubezpieczonego / Współubezpieczonych (R03)

Zgłoszenie dotyczy:

- pobytu w szpitalu Ubezpieczonego
- pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- pobytu w szpitalu Współmałżonka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- pobytu w szpitalu Dziecka Ubezpieczonego
- trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
- poważnej choroby Ubezpieczonego
- poważnej choroby Współmałżonka Ubezpieczonego
- poważnej choroby Dziecka Ubezpieczonego
- operacji chirurgicznej Ubezpieczonego
- trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej
- niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku
- rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego
- .....

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

#### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nazwisko rodowe

PESEL

#### Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

#### Dane Współubezpieczonego (Dziecka / Współmałżonka)

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Imię

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

#### Dane dotyczące zgłaszanego zdarzenia

Data zdarzenia

Rodzaj choroby/Miejsce zdarzenia

#### Dokładny opis zdarzenia (przebieg choroby/wypadku)

#### Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony/Współubezpieczony

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

Generali Życie T.U. S.A.

1-334-07.2008

Czy leczenie zostało zakończone?

TAK - data zakończenia leczenia:

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

NIE - przewidywana data zakończenia leczenia:

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie wyjaśniające?

	Nazwa i adres	Sygnatura akt
POLICJA		
PROKURATURA		

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

przelew na rachunek bankowy numer:

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

przekaz pocztowy na adres korespondencyjny Ubezpieczonego

przekaz pocztowy na adres:

--

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego

kopia dokumentacji z pięszej pomocy

kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego

inne.....

kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego

oraz dodatkowo w przypadku:

zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem:

kopia dokumnetacji z policji/prokuratury/sądu

zdarzeń dotyczących niezdolności Ubezpieczonego do pracy:

kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy

kopia protokołu BHP

inne.....

inne.....

zdarzeń dotyczących Współmałzonka:

kopia dowodu osobistego Współmałzonka

zdarzeń dotyczących rehabilitacji Ubezpieczonego:

kopia skierowania na rehabilitację

kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa

oryginał faktury za rehabilitację

zdarzeń dotyczących Dziecka:

kopia aktu urodzenia Dziecka

Wszelkie kopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem przez organ wydający dokument, Pracodawcę, notariusza lub etatowego pracownika Grupy Generali. Generali Życie T.U. S.A. zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

**Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałzonka lub pełnoletniego Dziecka)**

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

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

Ja, niżej podpisany/a ..... zam. ...., upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki medyczne, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Generali Życie TU SA, pełnej informacji / dokumentacji dotyczących: historii mojej choroby, fizycznego i psychicznego stanu zdrowia, pobytych w szpitalu, udzielonych porad lub diagnostyki medycznej oraz leczenia.

Miejscowość

--

Data

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis Współubezpieczonego

--

**Oświadczenia Ubezpieczonego**

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

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

Ja, niżej podpisany/a ..... zam. ...., upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki medyczne, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Generali Życie TU SA, pełnej informacji / dokumentacji dotyczących: historii mojej choroby, fizycznego i psychicznego stanu zdrowia, pobytych w szpitalu, udzielonych porad lub diagnostyki medycznej oraz leczenia.

Uwaga!

W przypadku zdarzeń dotyczących nieletniego Dziecka Ubezpieczonego wymagane jest złożenie odpowiedniego upoważnienia zezwalającego udostępnianie na rzecz Generali Życie T.U. S.A. informacji medycznych dotyczących stanu zdrowia Dziecka Ubezpieczonego.

Miejscowość

--

Data

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis Ubezpieczonego

--

**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

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data opłacenia ostatniej składki

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej w imieniu Ubezpieczającego

--

Miejscowość

--

Data

d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---