



FORMULARZ ZGŁOSZENIA SZKODY z ubezpieczenia Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

W przypadku zajścia szkody objętej ubezpieczeniem ochrony prawnej prosimy o kontakt: telefoniczny 61 85 84 808 (czynne w dni robocze w godz. od 8.00 do 18.00, opłata za połączenie wg cennika operatora); e-mailem: op.agro@generali.pl. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem porady prawnej prosimy o kontakt telefoniczny: 61 666 17 77 (opłata za połączenie wg cennika operatora).

Na mocy przepisów ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO), Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa jest administratorem Pana(-i) danych osobowych.

(Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w załączeniu).

Seria i numer _____ Okres ubezpieczenia od _____ do _____

Ubezpieczony								
Imię i nazwisko lub nazwa firmy								
Numer PESEL / REGON								
Ulica, nr domu/mieszkania								
Miejscowość		Kod		Poczta				
Telefon		Faks		Email				
Dane wnoszącego roszczenie								
Imię i nazwisko lub nazwa firmy								
Numer PESEL / REGON								
Ulica, nr domu/mieszkania								
Miejscowość		Kod		Poczta				
Telefon		Faks		Email				
Dane konta bankowego na jakie ma zostać wypłacone odszkodowanie								
Nazwa banku								
Numer rachunku								
Etap sprawy								
Przedsądowy	<input type="checkbox"/>	Arbitrażowy lub polubowny	<input type="checkbox"/>	Sądowy	<input type="checkbox"/>	Egzekucyjny	<input type="checkbox"/>	
Rodzaj postępowania								
Cywilne	<input type="checkbox"/>	Karne	<input type="checkbox"/>	Dyscyplinarne	<input type="checkbox"/>	Administracyjne	<input type="checkbox"/>	
Inne								
Charakter interesu prawnego Ubezpieczonego								
Dochodzenie roszczeń		<input type="checkbox"/>	Obrona przed roszczeniami			<input type="checkbox"/>		
Inne								
Czy udzielono już pełnomocnictwa w niniejszej sprawie adwokatowi lub radcy prawnemu?								
TAK		<input type="checkbox"/>	NIE			<input type="checkbox"/>		
Nazwa kancelarii								
Imię i nazwisko pełnomocnika								
Telefon		Faks		Email				

Czy Pan/Pani życzy sobie abyśmy polecili adwokata lub radcę prawnego praktykującego w miejscu zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego bądź w miejscu zawiśnięcia sporu, który specjalizuje się w danej dziedzinie prawa?

TAK

NIE

W miejscu

Data i miejsce zaistnienia zdarzenia powodującego konieczność skorzystania z ubezpieczenia ochrony prawnej

Data

Godzina

Miejsce

Data i miejsce powstania szkody (jeśli inna niż powyżej)

Data

Godzina

Miejsce

Na czym polega spór prawny?

Zwięzły opis przyczyn i okoliczności powstania zdarzenia oraz podstaw faktycznych sporu

Wartość spornego roszczenia

Szacunkowa wartość kosztów ochrony interesu prawnego ubezpieczonego

Numer rejestracyjny pojazdu (jeżeli szkoda miała związek z pojazdem Ubezpieczonego)

Czy zgłoszone roszczenie pozostaje w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą lub zarobkową Ubezpieczonego?

TAK

NIE

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą i posiadanym stanem wiedzy uzyskanym zgodnie z zasadami należytej staranności. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 Kodeksu karnego. W razie zmiany jakichkolwiek wymienionych w formularzu okoliczności lub danych zobowiązuje się bezzwłocznie powiadomić o tym Towarzystwo Ubezpieczeń.

Podpis Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

Podpis

Miejscowość

Data

Osoba rejestrująca zgłoszenie (wypełnia Ubezpieczyciel)

Imię i nazwisko

Data