



WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NNW ZGON UBEZPIECZONEGO / WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

I DANE O UBEZPIECZENIU

Numer polisy	Okres ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia (pełny/ograniczony)
UBEZPIECZAJĄCY (w przypadku szkoły, firmy lub innej instytucji wymagana jest pieczęć)		

II UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko			Data urodzenia
Adres zamieszkania		Kod pocztowy	Miejscowość
PESEL	Seria i numer dowodu tożsamości	Numer telefonu	Adres e-mail

III OSOBA UPRAWNIONA

(Ubezpieczony, Uposażony Główny/Zastępczy lub inna osoba bądź podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia - jeżeli jest więcej uprawnionych, to każdy wypełnia osobny wniosek o wypłatę świadczenia)

Imię i nazwisko (lub nazwa firmy)			Data urodzenia
Adres zamieszkania (lub adres firmy)		Kod pocztowy	Miejscowość
PESEL (lub NIP firmy)	Seria i numer dowodu tożsamości	Numer telefonu	Adres e-mail

IV OPIEKUN USTAWOWY W PRZYPADKU NIEPEŁNOLETNIEJ OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię i nazwisko			Data urodzenia
Adres zamieszkania		Kod pocztowy	Miejscowość
PESEL	Seria i numer dowodu tożsamości	Numer telefonu	Adres e-mail

V RODZAJ ŚWIADCZENIA (zaznaczyć "x" przy świadczeniach zgodnych z polisą ubezpieczeniową)

- ☐ zryczałtowane koszty pogrzebu Ubezpieczonego - wypełnić punkt VI
- ☐ śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW - wypełnić punkt VI, VII
- ☐ śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW w ruchu komunikacyjnym - wypełnić punkt VI, VII
- ☐ śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW na terenie zakładu pracy - wypełnić punkt VI, VII
- ☐ śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu - wypełnić punkt VI
- ☐ renta dla każdego z osieroconych Dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego - wypełnić punkt VI, VIII
- ☐ zryczałtowane koszty pogrzebu Współmałżonka Ubezpieczonego - wypełnić punkt IX
- ☐ śmierć Współmałżonka Ubezpieczonego w wyniku NW - wypełnić punkt VII, IX
- ☐ zryczałtowane koszty pogrzebu Dziecka Ubezpieczonego - wypełnić punkt IX
- ☐ śmierć Dziecka Ubezpieczonego w wyniku NW - wypełnić punkt VII, IX
- ☐

VI INFORMACJE DOTYCZĄCE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (w przypadku zgonu w wyniku NW wypełnić także punkt VII)

Data zgonu	Numer aktu zgonu	Przyczyna zgonu	
Czy Ubezpieczony zmarł w szpitalu?	☐ tak	☐ nie	Jeżeli tak, proszę podać nazwę i adres szpitala

Nazwa i adres przychodni, w której leczyl się Ubezpieczony

VII ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data wypadku	Godzina wypadku	Miejsce wypadku
Opis zdarzenia		

Czy byli świadkowie zajścia wypadku? ☐ tak ☐ nie Jeżeli tak, prosimy podać nazwiska, adresy i telefony kontaktowe

Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy – podać nr i kat. prawa jazdy i świadectwa kwalifikacyjnego

Czy wypadek zgłoszono na Policji? ☐ tak ☐ nie Jeżeli tak, prosimy o podanie jednostki Policji i jej adres

Czy w chwili zajścia wypadku Ubezpieczony był po spożyciu napojów alkoholowych lub środków odurzających?

☐ tak ☐ nie ☐ nie badano ☐ nie wiem

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku uprawiał sport wyczynowy? ☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, prosimy o podanie uprawianej dyscypliny sportu oraz podanie klubu sportowego

VIII RENTA DLA KAŻDEGO Z OSIEROCONYCH DZIECI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (w przypadku pełnoletnich dzieci każde dziecko wypełnia osobny wniosek)

Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia
Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia
Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia
Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia

IX INFORMACJE DOTYCZĄCE ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONEGO (w przypadku zgonu w wyniku NW wypełnić także punkt VII)

Stopień pokrewieństwa zmarłego Współubezpieczonego z Ubezpieczonym [właściwie zaznaczyć krzyżykiem „x”]

☐ DZIECKO ☐ MAŁŻONEK ☐ PARTNER ☐ INNE:

Imię i nazwisko Współubezpieczonego

Data zgonu

Numer aktu zgonu

Przyczyna zgonu

X POTWIERDZENIE UBEZPIECZENIA - wypełnia szkoła, firma lub inna instytucja ubezpieczająca

Oświadczamy, że Poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNN zgodnie z polisą nr i figuruje pod pozycją nr wykazu imiennego na sumę ubezpieczenia zł. Składa w wysokości zł została opłacona dnia

Wypadek został uznany*/nie został uznany* za wypadek w pracy* - w drodze do pracy* - w drodze z pracy*

Data i podpis uprawnionego pracownika instytucji /firmy ubezpieczającej
wraz z jego pieczęcią imienną

*niepotrzebne skreślić

XI DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Sposób wypłaty świadczenia

☐ Przekaz pocztowy☐ Przelew bankowy

Nazwa Banku

Numer rachunku bankowego

XII ZAŁĄCZNIKI

- ☐ odpis skrócony aktu zgonu
- ☐ karta statystyczna do karty zgonu lub inne zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu
- ☐ zaświadczenie z Policji
- ☐ postanowienie o umorzeniu lub inne decyzje z Prokuratury
- ☐ kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej oraz opiekuna prawnego niepełnoletniej osoby uprawnionej
- ☐ odpis skrócony aktu urodzenia dziecka Ubezpieczonego
- ☐ odpis skrócony aktu urodzenia Ubezpieczonego
- ☐ dokumentacja medyczna (historia choroby, karta leczenia szpitalnego, wyniki badań, zaświadczenia lekarskie lub inne)
- ☐ protokół z wypadku na terenie zakładu pracy/ szkoły
- ☐ inne:

XIII UWAGI

XIV OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wszystkie dane, o które GENERALI T.U. S.A. zapytywało w niniejszym wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zostały podane zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą.
2. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez placówki medyczne oraz inne zakłady ubezpieczeń uprawnionemu przez Towarzystwo lekarzowi informacji niezbędnych do rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Wyrażenie zgody nie jest obowiązkowe. Wyrażam zgodę ☒ Nie wyrażam ☐ zgody

Wyrażam TAK ☐ NIE ☐** zgodę na otrzymywanie wszelkiej korespondencji ze strony Towarzystwa drogą elektroniczną na adres mailowy

Oświadczam, iż na powyższe pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą.

Miejscowość

Podpis osoby uprawnionej do ubiegania się o świadczenie

Data