



**ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ* / RZECZOWEJ*
SPOWODOWANEJ RUCHEM POJAZDU MECHANICZNEGO**

Poszkodowany :

/imię i nazwisko wraz z adresem/

.....

/nr telefonu/

/data urodzenia/

/pesel/

/nr dowodu osobistego/

Opiekun prawny- gdy Poszkodowany jest nieletni :

/imię i nazwisko/

.....

/adres/

/pesel/

Data wypadku : miejsce wypadku

/rok, miesiąc, dzień, godzina/

Dane sprawcy wypadku (jeśli są znane):

Numer rejestracyjny, rodzaj pojazdu, marka i typ

Imię i nazwisko/ nazwa, adres/ siedziba właściciela pojazdu

.....

Seria i nr polisy OC, zakład ubezpieczeń

Okres ubezpieczenia

Kierujący:

Imię i nazwisko, adres

.....

Kierujący był dla właściciela pojazdu : osobą trzecią* / pracownikiem* / krewnym* Kierowcy

Kierowca – sprawca był w chwili wypadku trzeźwy: TAK* / NIE* / NIE BADANO* / NIE WIEM*

Poszkodowany:

Poszkodowany był w chwili wypadku trzeźwy: TAK* / NIE*

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



Czy w momencie przedmiotowego wypadku Poszkodowany miał zapięte pasy bezpieczeństwa: TAK* / NIE*

Czy przedmiotowa szkoda była zgłoszona z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w innym zakładzie ubezpieczeń? Jeżeli tak - prosimy podać nazwę zakładu ubezpieczeń.....

Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rodzaj obrażeń ciała (podać dokładnie i wyczerpująco) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kiedy udzielono Poszkodowanemu pierwszej pomocy medycznej po wypadku?

- w dniu wypadku,
- następnego dnia,
- 2-7 dnia po wypadku,
- po upływie 7 dni od wypadku.

Kto i gdzie udzielił Poszkodowanemu pomocy bezpośrednio po wypadku ?

- pogotowie ratunkowe, podać nazwę i adres
- przychodnia, podać nazwę i adres
- szpital, podać nazwę i adres
- inny podmiot, podać nazwę i adres
- brak



Podać nazwę zakładu leczniczego, w którym Poszkodowany leczy(ł) się po wypadku:

.....
.....

Przewidywany termin zakończenia leczenia, zawód

Miejsce pracy,

okres niezdolności do pracy

Czy wypadek zgłoszono na policji ?

/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/

Świadkowie wypadku (imię, nazwisko, adres) :

.....

Wyszczególnienie uszkodzonego mienia wraz ze szczegółową ich charakterystyką (wartość i rok nabycia)

.....

.....

.....

Zgłaszam roszczenia o odszkodowanie w wysokości:

Załączniki : **

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kserokopia kartoteki choroby, | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z pogotowia ratunkowego, |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie od lekarza leczącego, | <input type="checkbox"/> karta informacyjna ze szpitala, |
| <input type="checkbox"/> kserokopie zwolnień lekarskich, | <input type="checkbox"/> szkic sytuacyjny z miejsca powstania szkody, |
| <input type="checkbox"/> inne..... | |

Należne mi świadczenie proszę przelać na konto osobiste w Banku

nr

Zostałem poinformowany, że wysokość świadczenia związana ze szkodą na osobie zostanie ustalona po zakończeniu leczenia i uzyskaniu przez Generali T.U. S.A. orzeczenia komisji lekarskiej.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Towarzystwo od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz innych zakładów ubezpieczeń informacji/udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

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 i wg najlepszej wiedzy.

.....
/miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę/

.....
/data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela
GENERALI T.U. S.A./

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć znakiem "x"

