

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NNW
CZŁONKÓW I KLIENTÓW BANKU

I DANE O UBEZPIECZENIU

Numer polisy	Data przystąpienia do ubezpieczenia
UBEZPIECZAJĄCY (wymagana jest pieczęć Banku)	

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/podmiot uprawniony do otrzymania 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)

- śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW - wypełnić punkt VI, VII
- trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW - wypełnić punkt VII
- inne:

VI INFORMACJE DOTYCZĄCE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (należy wypełnić także punkt VII)

Data zgonu	Numer aktu zgonu	Przyczyna zgonu	
Czy Ubezpieczony zmarł w szpitalu?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jeżeli tak, proszę podać nazwę i adres szpitala



VII INFORMACJE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data wypadku	Godzina wypadku	Miejsce wypadku
Opis zdarzenia		

Rodzaj obrażeń ciała (podać dokładnie i wyczerpująco)

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pomocy bezpośrednio po wypadku?

Podać nazwę i adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczy(ł) się po wypadku

Czy byli świadkowie wypadku?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie badano	<input type="checkbox"/> nie wiem	
Czy Ubezpieczony w chwili wypadku uprawiał sport wyczynowy?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Jeżeli tak, prosimy o podanie uprawianej dyscypliny sportu oraz podanie klubu sportowego				

VIII POTWIERDZENIE UBEZPIECZENIA - wypełnia Bank

Oświadczamy, że Poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNW zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia potwierdzoną polisą nri jest:

- ** Członkiem Banku Spółdzielczego od (prosimy o wskazanie daty nabycia udziałów członkowskich),
 ** Posiadaczem rachunku w Banku Spółdzielczym o założonym dnia

Data i podpis uprawnionego pracownika Banku wraz z jego pieczęcią imienną

** właściwe zaznaczyć "x"



IX DANE DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Sposób wypłaty świadczenia	<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy	<input type="checkbox"/> Przelew bankowy
Nazwa Banku		
Numer rachunku bankowego		

X 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:

XI UWAGI

XII OŚWIADCZENIA

- Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w załączeniu.
- 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.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie przez placówki medyczne oraz inne zakłady ubezpieczeń uprawnionemu przez Towarzystwo lekarzowi informacji niezbędnych do rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

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

na adres mailowy

Miejscowość

Data

Podpis osoby uprawnionej do ubiegania się o świadczenie

