



WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NNW

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 / POSZKODOWANY

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

III OPIEKUN USTAWOWY W PRZYPADKU NIEPEŁNOLETNIEJ OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

- trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW - wypełnić punkt V
- trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu - wypełnić punkt V
- pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany NW lub chorobą - wypełnić punkt VI
- poważne zachorowanie Ubezpieczonego - wypełnić punkt VII
- operacja chirurgiczna Ubezpieczonego - wypełnić punkt VIII
- zwrot kosztów leczenia związanych z następstwami NW - wypełnić punkt V
- inwalidztwo w wyniku NW - wypełnić punkt V
- trwała i całkowita niezdolność do pracy - wypełnić punkt IX
- pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia - wypełnić punkt IX
- inne:

V TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU*/ ZAWAŁU SERCA*/ UDARU MÓZGU* (*niepotrzebne skreślić)

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(t) się po wypadku

Czy byli świadkowie 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

VI POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Data przyjęcia do szpitala

Data wypisu ze szpitala

Rodzaj zdarzenia

pobyt w szpitalu

pobyt na OIOM

pobyt na oddziale rehabilitacyjnym

pobyt w sanatorium

Przyczyna pobytu w szpitalu

pobyt w szpitalu spowodowany chorobą

pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (jeżeli tak, należy wypełnić część V)

Data rozpoznania choroby

VII POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

Czy zachorowanie miało związek z nieszczęśliwym wypadkiem?

tak

nie

Jeżeli tak, należy wypełnić część V

Rodzaj poważnego zachorowania

Data rozpoznania choroby

Czy Ubezpieczony przebył wcześniej inne zachorowania?

tak

nie

Jeżeli tak, prosimy podać jakie i kiedy

VIII OPERACJA CHIRURGICZNA UBEZPIECZONEGO

Czy zabieg miał związek z nieszczęśliwym wypadkiem?

tak

nie

Jeżeli tak, należy wypełnić część V

Data rozpoznania choroby

Data przeprowadzenia operacji

Czy Ubezpieczony przebył wcześniej inne zabiegi?

tak

nie

Jeżeli tak, prosimy podać jakie i kiedy

IX TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY*/ POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA I OBSŁUGI ZADŁUŻENIA* (*niepotrzebne skreślić)

Czy niezdolność do pracy ma związek z nieszczęśliwym wypadkiem?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jeżeli tak, należy wypełnić część V
Data rozpoznania choroby (w przypadku niezdolności do pracy w wyniku choroby)			
Data wydania orzeczenia o niezdolności do pracy			
Data powstania niezdolności do pracy			

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

Oświadczamy, że Poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem grupowym NNW zgodnie z polisą nr..... i figuruje pod pozycją nr wykazu imiennego na sumę ubezpieczenia zł. Składa w wysokościzł 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	<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy	<input type="checkbox"/> Przelew bankowy
Nazwa Banku		
Numer rachunku bankowego		

XII ZAŁĄCZNIKI

- dokumentacja medyczna (historia choroby, karta leczenia szpitalnego, wyniki badań, zaświadczenia lekarskie lub inne)
- oryginalne imienne rachunki (przy wykupionym ubezpieczeniu KLN)
- zaświadczenie z Policji
- postanowienie o umorzeniu lub inne decyzje z Prokuratury
- kserokopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej oraz opiekuna prawnego niepełnoletniej osoby uprawnionej
- kserokopia prawa jazdy (w przypadku kierowania pojazdem w chwili wypadku)
- odpis skrócony aktu urodzenia Ubezpieczonego
- protokół z wypadku na terenie zakładu pracy lub szkoły
- kserokopie umowy kredytu/ pożyczki
- kserokopia orzeczenia potwierdzającego niezdolność Ubezpieczonego do pracy
- 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.

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

Data

Podpis osoby uprawnionej do ubiegania się o świadczenie

