



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

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?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Jeżeli tak, proszę podać nazwę i adres szpitala

Nazwa i adres przychodni, w której leczył 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
Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia



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

Stoień 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 NNW zgodnie z polisą nri 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

 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. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w załączeniu.
2. 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.
3. 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

