

8. Świadkowie	Czy na miejscu zdarzenia byli obecni świadkowie? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
	Jeżeli tak, prosimy o wypełnienie:		
	1. Imię i nazwisko	<input type="text"/>	
	Adres: Ulica, numer	<input type="text"/>	Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/>
	2. Imię i nazwisko	<input type="text"/>	
	Adres: Ulica, numer	<input type="text"/>	Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/>
9. Obrażenia ciała	Obrażenia ciała odniesione w wyniku wypadku: 		
10. Zakłady lecznicze, w których Ubezpieczony leczyl się po wypadku	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	<input type="text"/>	Kod pocztowy <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/>
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/> (Podpis i pieczętka lekarza /udzielającego pierwszej pomocy)
	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	<input type="text"/>	Kod pocztowy <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/>
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/> (Podpis i pieczętka lekarza)
	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	<input type="text"/>	Kod pocztowy <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/>
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/> (Podpis i pieczętka lekarza)
11. Czy leczenie zostało zakończone?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
	Data zakończenia leczenia	-	-
		Przewidywany termin zakończenia leczenia	
		-	-
12. Upoważnienie dla placówek medycznych	<p>Ja, niżej podpisany/a zam., upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej informacji dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przeżytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem.</p> <p>W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.</p> <p>..... (miejscowość, data)</p> <p>..... (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni)</p>		
13. Czy w związku z wypadkiem prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?	<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Policja Nazwa i adres: sygn. akt</p> <p><input type="checkbox"/> Prokuratura Nazwa i adres: sygn. akt</p>		
14. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia	<p><input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy na adres: <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania (jak w pkt. 2) <input type="checkbox"/> inny</p> <p><input type="checkbox"/> Przelew na rachunek banko - - - - - nr konta</p>		
Na powyższe pytania odpowiedzieliśmy zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.			
Ubezpieczony / Opiekun prawny – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni /Uposażony – data i podpis	Ubezpieczający – pieczęć	Ubezpieczający – data i podpis	Pracownik Generali – data i podpis