



Numer Polisy

Grid for policy number

Zgłoszenie szkody z Ubezpieczenia NNW
Dzieci, Młodzieży Szkolnej i Pracowników Placówek Oświatowych

1. Ubezpieczający (szkoła)

Form fields for school details: Nazwa szkoły, Adres: ulica, nr domu, Miejscowość, Kod pocztowy

2. Ubezpieczony (poszkodowany)

Form fields for insured person details: Imię i nazwisko, Adres: ulica, nr domu, nr mieszkania, Miejscowość, Kod pocztowy, PESEL, Obywatelstwo, Telefon kontaktowy, Adres e-mail

3. Oświadczenie opiekuna prawnego (prosimy o wypełnienie w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni)

Niniejszym oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim/małoletnią wypełnionym w pkt. 2 sprawują aktualnie następujące osoby:

1. Imię i nazwisko opiekuna prawnego

Form fields for legal guardian details: Adres: ulica, nr domu, nr mieszkania, Miejscowość, Kod pocztowy, Stopień pokrewieństwa, Obywatelstwo, Seria i numer dowodu osobistego, Telefon kontaktowy, Adres e-mail, Podpis

2. Imię i nazwisko

Form fields for second guardian details: Adres: ulica, nr domu, nr mieszkania, Miejscowość, Kod pocztowy, Stopień pokrewieństwa

4. Wypadek

Form fields for accident details: Data wypadku, Miejsce wypadku

Form field for Okoliczności i przebieg zdarzenia

5. Dotyczy wypadku komunikacyjnego

Nr rej. pojazdu	Marka pojazdu	Nr i kategoria prawa jazdy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko kierującego pojazdem		
<input type="text"/>		
Adres: ulica	nr domu	nr mieszkania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	

6. Stan trzeźwości w chwili wypadku

Oświadczam, że w chwili wypadku Ubezpieczony był trzeźwy i nie był pod wpływem narkotyków lub innych tego typu środków.

Imię i nazwisko składającego oświadczenie	Seria i numer dowodu osobistego	Podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczony jest nieletni
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Zgłoszenie dotyczy odszkodowania z tytułu: (proszę o zaznaczenie jednej lub kilku pozycji)

Ważne: Przed zaznaczeniem upewnij się czy umowa, z której chcesz zgłosić roszczenie znajduje się w zakresie Twojego ubezpieczenia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo Całkowite | <input type="checkbox"/> Rany cięte i szarpane |
| <input type="checkbox"/> Niezdolność Ubezpieczonego do pracy i nauki | <input type="checkbox"/> Dzielne świadczenie z tytułu rekonwalescencji |
| <input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> Zakup lub wypożyczenie wózka inwalidzkiego |
| <input type="checkbox"/> Złamania | <input type="checkbox"/> Śmierć przedstawiciela ustawowego |
| <input type="checkbox"/> Poparzenia | <input type="checkbox"/> Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego |
| <input type="checkbox"/> Odmrożenia | <input type="checkbox"/> Zwrot kosztów nabycia protez, środków pomocniczych |
| <input type="checkbox"/> Dzielne świadczenie szpitalne NNW | <input type="checkbox"/> Zwrot kosztów leczenia Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> Dzielne świadczenie szpitalne – zatrucie pokarmowe | <input type="checkbox"/> Zwrot kosztów pogrzebu na wypadek śmierci Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> Urazy narządów ruchu (stłuczenia, skręcenia, zwichnięcia) | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> Wstrząśnienie mózgu | |

8. Wykaz dokumentów niezbędnych przy zgłoszeniu roszczenia

- | | |
|---|--|
| 1. Kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczonego lub Opiekuna Prawnego, jeżeli Ubezpieczony jest niepełnoletni | 13. Kserokopia protokołu powypadkowego (z komisji BHP/Policii/Prokuratury), jeżeli został sporządzony |
| 2. Kserokopia Odpisu Skróconego Aktu Urodzenia Ubezpieczonego lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki jeżeli Ubezpieczony jest niepełnoletni | 14. Kserokopia orzeczenie lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej |
| 3. Kserokopia dowodu osobistego osoby ponoszącej koszt pogrzebu Ubezpieczonego | 15. Kserokopia zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do nauki wystawionego przez lekarza prowadzącego leczenie (w odniesieniu do świadczeń wypłacanych dzieciom i młodzieży) lub zaświadczenia wystawionego na druku ZUS (L4 w odniesieniu do pracowników placówek oświatowych) |
| 4. Kserokopia dowodu osobistego Uposażonego/Uposażonych | 16. Oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego dotyczące zakupu/wypożyczenia wózka inwalidzkiego, przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wraz z zaświadczeniem lekarskim uzasadniającym te wydatki oraz zaświadczeniem uzasadniającym konieczność zastosowania w procesie leczenia protez, przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wspomagających proces leczenia |
| 5. Kserokopia Odpisu Skróconego Aktu Zgonu Ubezpieczonego | 17. Oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie leczenia |
| 6. Kserokopia Odpisu Skróconego Aktu Zgonu Rodzica/Opiekuna Prawnego | 18. Oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za rehabilitację medyczną wraz z zaświadczeniem lekarskim uzasadniającym leczenie rehabilitacyjne |
| 7. Kserokopia Statystycznej Karty Zgonu lub innego dokumentu medycznego określającego przyczynę śmierci | 19. Oryginały rachunków potwierdzających poniesienie kosztów związanych z pogrzebem Ubezpieczonego |
| 8. Kserokopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku/urazie (karta informacyjna ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego lub inny dokument medyczny) | Generali T.U. S.A. zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji i dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i wysokości świadczenia. |
| 9. Kserokopia dokumentacji medycznej obrazującej przebieg leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku/choroby w postaci: kart informacyjnych leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, odpisów wyników badań wraz z zaświadczeniem o zakończeniu leczenia | |
| 10. Kserokopia dokumentacji medycznej z opisem przyczyny zatrucia | |
| 11. Kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego | |
| 12. Kserokopia dokumentacji potwierdzającej posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (karta rowerowa, motorowerowa lub prawo jazdy), jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku | |

Zdarzenie	Wymagane dokumenty	Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Trwałe Inwalidztwo Całkowite	1, 8, 9, 12, 13, 14	Wstrząśnienie mózgu	1, 8, 9, 11, 12, 13
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub nauki	1, 8, 9, 12, 13, 15	Rany cięte i szarpane	1, 8, 9, 12, 13
Śmierć Ubezpieczonego	4, 5, 7, 12, 13	Zakup lub wypożyczenie wózka inwalidzkiego	1, 8, 9, 12, 13, 16
Złamania	1, 8, 9, 12, 13	Śmierć przedstawiciela ustawowego	1, 2, 6, 7, 12, 13
Poparzenia	1, 8, 9, 12, 13	Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego	1, 9
Odmrożenia	1, 8, 9, 12, 13	Zwrot kosztów nabycia protez, środków pomocniczych	1, 8, 9, 12, 13, 16
Dzielne świadczenie szpitalne NNW	1, 8, 11, 12, 13	Zwrot kosztów leczenia Ubezpieczonego	1, 8, 9, 12, 13, 17
Dzielne świadczenie szpitalne – zatrucie pokarmowe	1, 10, 11	Dzielne świadczenie z tytułu rekonwalescencji	1, 8, 9, 12, 13, 15
Urazy narządów ruchu (stłuczenia, skręcenia, zwichnięcia)	1, 8, 9, 12, 13	Zwrot kosztów pogrzebu na wypadek śmierci Ubezpieczonego	3, 5, 7, 12, 13, 19

9. Świadczenie

Czy na miejscu zdarzenia byli obecni świadkowie? TAK NIE

Jeżeli tak, prosimy o wypełnienie:

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	
Adres: ulica	nr domu	nr mieszkania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	

10. obrażenia ciała

Obrażenia ciała odniesione w wypadku

11. Zakłady lecznicze, w których Ubezpieczony leczyl się po wypadku

1. Nazwa zakładu

--

Adres zakładu: ulica, dom

Kod pocztowy

Miejscowość

--	--	--

2. Nazwa zakładu

--

Adres zakładu: ulica, dom

Kod pocztowy

Miejscowość

--	--	--

3. Nazwa zakładu

--

Adres zakładu: ulica, dom

Kod pocztowy

Miejscowość

--	--	--

12. Czy leczenie zostało zakończone?

TAK data zakończenia leczenia

NIE przewidywany termin zakończenia leczenia

13. Upoważnienie dla placówek medycznych

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej informacji lub dokumentacji dotyczących mojego stanu zdrowia, w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

Miejscowość

--

Data

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni

--

14. Czy w związku z wypadkiem prowadzone jest postępowanie policyjne, prokuratorskie lub była wzywana któraś z wymienionych służb?

TAK NIE

Nazwa i adres

Sygnatura akt

POLICJA		
PROKURATURA		
POGOTOWIE RATUNKOWE		

15. Dyspozycja sposobu wypłaty odszkodowania

przelew na rachunek bankowy

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą, wyczerpujące oraz zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią Regulaminu o świadczenie usług w zakresie likwidacji szkód/roszczeń za pomocą poczty elektronicznej oraz SMS, akceptuję w całości jego warunki oraz wyrażam zgodę na świadczenie na moją rzecz Usługi o jakiej mowa w Regulaminie. Zostałem/am także poinformowany/a, że treść Regulaminu jest dostępna na stronie <http://www.generali.pl>

Ubezpieczony/ opiekun prawny – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni/ Uposażony – data i podpis	Ubezpieczający – pieczęć	Ubezpieczający – data i podpis