



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	Numer telefonu	Adres e-mail

III OPIEKUN USTAWOWY W PRZYPADKU NIEPEŁNOLETNIEJ OSOBY UBEZPIECZONEJ

Imię i nazwisko		Data urodzenia
Adres zamieszkania	Kod pocztowy	Miejscowość
PESEL	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(ł) 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?	☐ tak	☐ 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 wysokości .. zł 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

- ☐ 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 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

