



Numer Polisy

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego / Współubezpieczonych*

* na jednym formularzu dozwolone jest zgłoszenie roszczeń wyłącznie jednego Ubezpieczonego

Zgłoszenie dotyczy:

- pobytu w szpitalu Ubezpieczonego/Współubezpieczonego
- poważnej choroby Ubezpieczonego/Współubezpieczonego
- operacji chirurgicznej Ubezpieczonego/ Współubezpieczonego
- niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz samodzielnej egzystencji
- inne

Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon kontaktowy

Data rozpoznania choroby/wykonania operacji

Rodzaj choroby/operacji

Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony/Współubezpieczony w związku z wypadkiem

Lp. Nazwa placówki (zakładu leczniczego)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Data początku leczenia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adres placówki (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia: zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego/ Współubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy (w przypadku zgłoszenia niezdolności Ubezpieczonego do pracy)

Generali Życie T.U. S.A. zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

przelew na rachunek bankowy

Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałżonka lub pełnoletniego Dziecka)*

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe.

Ja, niżej podpisany/a zam.PESEL....., upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie 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.

* wypełnić w przypadku gdy roszczenie dotyczy Dziecka/Współmałżonka

Miejscowość

Data

Podpis

