GENERALI

Numer Polisy/certyfikatu

Nazwa Ubezpieczającego

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego / Współubezpieczonych (R06)*

* na jednym formularzu dozwolone jest zgłoszenie roszczeń wyłącznie jednego Ubezpieczonego

Zgłoszenie dotyczy:

- ☐ pobytu w szpitalu Ubezpieczonego
- ☐ pobytu w szpitalu Dziecka Ubezpieczonego
- ☐ pobytu Współmałżonka w szpitalu
- ☐ pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
- ☐ trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
- ☐ poważnej choroby Ubezpieczonego
- ☐ poważnej choroby Współmałżonka Ubezpieczonego
- ☐ poważnej choroby Dziecka Ubezpieczonego
- ☐ rekonwalescencji Ubezpieczonego wskutek choroby
- ☐ operacji chirurgicznej Ubezpieczonego
- ☐ operacji chirurgicznej Współmałżonka
- ☐ operacji chirurgicznych Dziecka
- ☐ zabiegów specjalistycznych Ubezpieczonego
- ☐ urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela
- ☐ niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz samodzielnej egzystencji
- ☐ rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego
- ☐ refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty
- ☐ inne……

Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy –

Telefon kontaktowy

Data rozpoznania choroby/wykonania operacji

D D M M R R R R

Zakłady lecznicze, w których leczył się Ubezpieczony/Współubezpieczony

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)
		D D M M R R R R	
		D D M M R R R R	
		D D M M R R R R	
		D D M M R R R R	

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:

- ☐ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ☐ kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ☐ kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- ☐ kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności o pracy /w przypadku zgłoszenia niezdolności Ubezpieczonego do pracy
- ☐ kopia skierowania na rehabilitację /w przypadku zgłoszenia rehabilitacji medycznej/
- ☐ kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital
- ☐ oryginał faktury za rehabilitację /w przypadku zgłoszenia rehabilitacji medycznej/
- ☐ oryginał faktury lub rachunku wystawionego imiennie na Ubezpieczonego za dokonaną konsultację /w przypadku zgłaszania refundacji kosztów wizyty u lekarza specjalisty

zdarzeń dotyczących Współmałżonka:

- ☐ dowodu osobistego Współmałżonka
- ☐ kopia skróconego aktu małżeństwa
- ☐ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ☐ kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ☐ kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego

zdarzeń dotyczących Dziecka:

- ☐ kopia aktu urodzenia Dziecka
- ☐ kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ☐ kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ☐ kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego

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

☐ przekaz pocztowy na adres /jeśli jest inny niż korespondencyjny/ ……

(Generali Życie T.U. S.A. informuje, że przekaz pocztowy realizowany jest w terminie do dwóch tygodni od wypłaty środków)

Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałżonka lub pełnoletniego Dziecka)*

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

2. Ja, niżej podpisany/a .....zam. .....PESEL....., upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia – z wyłączeniem wyników badań genetycznych – w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, 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 D D M M R R R R | Podpis

Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami. Oświadczam iż, zapoznałem/am się z treścią Regulaminu świadczenia 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 generali.pl

2. Oświadczam, że w chwili zdarzenia byłem trzeźwy i nie byłem pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków: TAK ☐ NIE ☐

Czy w przypadku złożenia reklamacji wnioskuje Pani/Pan o udzielanie odpowiedzi pocztą elektroniczną? TAK ☐ NIE ☐

☐ wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkiej korespondencji w sprawie zgłoszonego roszczenia na wskazany adres e-mail.

E-mail

☐ wyrażam zgodę na przesyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o świadczeniu Numer telefonu

3. Ja, niżej podpisany/a ..... zam. .....PESEL....., upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia – z wyłączeniem wyników badań genetycznych – w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

Oświadczenia dodatkowe Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A., z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów.

TAK ☐ NIE ☐

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji promocyjnych i handlowych dotyczących produktów i usług podmiotów z Grupy Generali w Polsce.

TAK ☐ NIE ☐

Miejscowość | Data D D M M R R R R | Podpis