

## Zgłoszenie roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (R01)

### Zgłoszenie dotyczy:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> śmierci Ubezpieczonego   | <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub katastrofy naturalnej | <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku     |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy                | <input type="checkbox"/> osierocenia Dziecka Ubezpieczonego                         |

### Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego

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

Nazwisko rodowe	PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Dane Uposażonego

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

PESEL

### Adres korespondencyjny Uposażonego

Ulica	Numer domu	Numer mieszkania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Miejscowość	Kod pocztowy	Telefon kontaktowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Dane Dziecka osieroczonego

Lp.	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Adres stałego zamieszkania (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

### Dane dotyczące zgłaszanego zdarzenia

Data śmierci Ubezpieczonego

Przyczyna śmierci: choroba  samobójstwo  nieszczęśliwy wypadek  inne

### Opis okoliczności (przyczyny) śmierci / rodzaj choroby


### Zakłady lecznicze, w których leczył się Ubezpieczony:

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)
	<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"/>

Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie wyjaśniające?  TAK  NIE

Nazwa i adres		Sygnatura akt
POLICJA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROKURATURA	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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)

**Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:**

**w przypadku śmierci Ubezpieczonego:**

kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego  kopia statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu  
 kopia dowodu osobistego Uposażonego  inne .....

**w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem dodatkowo:**

kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu  inne .....  
 kopia protokołu BHP

**w przypadku osierocenia Dziecka dodatkowo:**

kopia aktu urodzenia Dziecka  inne .....

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

**Oświadczenia Uposażonego**

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

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

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

E-mail

Numer telefonu

wyrażam zgodę na przysyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o świadczeniu

Miejscowość

Data

Podpis