

f) Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony / Poszkodowany w związku z wypadkiem

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica / miejscowość, nr domu, kod pocztowy)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>

g) Upoważnienie Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego dla placówek medycznych

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wnioszek 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	Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>

6. Dokumenty wymagane w celu rozpatrzenia roszczenia

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Akt Urodzenia
- kopia dowodu osobistego Uposażonego oraz Akt Zgonu Ubezpieczonego/Rodzica, w przypadku roszczenia z tytułu śmierci
- kopia Karty Informacyjnej Izby Przyjęć / SOR / Ambulatorium / Karty Statystycznej Zgonu
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego i specjalistycznego
- kopia skierowania na rehabilitację / karta zabiegów – w przypadku zgłoszenia zwrotu kosztów rehabilitacji medycznej
- kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez lekarza – w przypadku zgłoszenia czasowej niezdolności do pracy
- imienne faktury i rachunki – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zwrotu kosztów leczenia, rehabilitacji i środków pomocniczych
- kopia notatki urzędowej Policji z miejsca zdarzenia, w przypadku wezwania Policji na miejsce zdarzenia
- kopia prawa jazdy / karty rowerowej / dowód rejestracyjny – w przypadku wypadków komunikacyjnych
- inne dokumenty wskazane przez Generali

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

7. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

przelew na rachunek bankowy

8. Oświadczenia

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.

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

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

Adres e-mail

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

Numer telefonu

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

W PRZYPADKU, POLISY BEZIMIENNEJ

2. Niniejszym zaświadczam, że Ubezpieczony jest objęty ochroną w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia

Miejscowość

Data

Ubezpieczający – pieczętka, data i podpis