



7. Świadkowie	Czy na miejscu zdarzenia byli obecni świadkowie? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
	Jeżeli tak, prosimy o wypełnienie:		
1. Imię i nazwisko	<input type="text"/>		
Adres: Ulica, numer	<input type="text"/>	Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
2. Imię i nazwisko	<input type="text"/>		
Adres: Ulica, numer	<input type="text"/>	Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
8. Obrażenia ciała	Obrażenia ciała odniesione w wyniku wypadku:  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>		
9. Zakłady lecznicze, w których Ubezpieczony leczyl się po wypadku	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>	
	<small>(Podpis i pieczęć lekarza / udzielającego pierwszej pomocy)</small>		
	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>	
	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>	
10. Czy leczenie zostało zakończone	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
	Data zakończenia leczenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Przewidywany termin zakończenia leczenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
11. Upoważnienie dla placówek medycznych	Ja, niżej podpisany/a..... zam. .... PESEL....., upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej historii mojej choroby, a także informacji związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. <b>W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.</b>		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<small>(miejscowość, data)</small>		<small>(podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni)</small>
12. Czy w związku z wypadkiem prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
<input type="checkbox"/> Policja	Nazwa i adres: <input type="text"/>	sygnatura akt <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prokuratura	Nazwa i adres: <input type="text"/>	sygnatura akt <input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia	<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy na adres: <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania (jak w pkt 2) <input type="checkbox"/> Inny <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Przelew na rachunek bankowy	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

Na powyższe pytania odpowiedzieliśmy zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Ubezpieczony / Opiekun prawny – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni / Uposażony	Ubezpieczający	Ubezpieczający	Pracownik Generali
data i podpis	pieczęć	data i podpis	data i podpis