



Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.  
ul. Senatorska 18  
00-082 Warszawa  
T 913 913 913  
centrumklienta@generali.pl  
generali.pl

## Zgłoszenie Szkody z Ubezpieczenia Turystycznego (Koszty Leczenia i Assistance)

Przedmiotowa sprawa prowadzona jest pod nr:		
<b>DANE POSZKODOWANEGO</b>		
Nazwisko:	Imię:	
Pesel:	Adres email:	
Adres korespondencyjny:	Kod:	Miasto:
Telefon kontaktowy:	Okres ubezpieczenia: __/__/__ - __/__/__	
Numer polisy/karty*:	Wariant ubezpieczenia/typ karty*:	
(*niepotrzebne skreślić, pełen numer karty – wszystkie cyfry)	Visa Classic, Visa Gold, Visa Platinum, MC Standard, MC Platinum (*niepotrzebne skreślić)	

<b>DANE INNEGO UBEZPIECZENIA</b>
<b>Czy posiada Pan/Pani inne ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą ważne w dniu zaistnienia szkody?</b> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli tak, proszę podać nazwę ubezpieczyciela, numer i okres obowiązywania polisy: ..... .....
<b>Czy ubiega się Pan/ Pani lub uzyskał/a Pan/ Pani zwrot kosztów leczenia za granicą z innego ubezpieczenia?</b> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

<b>SZCZEGÓŁY PODRÓŻY</b>			
Miejsce docelowe (kraj, miasto):		Planowana data powrotu do Polski:	...../...../.....
Data wyjazdu z Polski (ostatniego przed wypadkiem, zachorowaniem):	...../...../.....	Rzeczywista data powrotu do Polski:	...../...../.....
Środek transportu:	.....	Środek transportu:	.....

<b>OKOLICZNOŚCI POWSTANIA SZKODY</b>		
Data szkody: ...../...../.....	Miejsce szkody (kraj, miasto): ..... .....	Godz. ____ : ____
Szczegółowy opis objawów zachorowania lub okoliczności wypadku: ..... ..... .....		



Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.  
ul. Senatorska 18  
00-082 Warszawa  
T 913 913 913  
centrumklienta@generali.pl  
generali.pl

.....

.....

Czy poszkodowany był trzeźwy w momencie wypadku?  
TAK  NIE

Czy w szkodie brały udział osoby trzecie?  
TAK  NIE

Jeśli TAK, proszę podać imię i nazwisko, adres, oraz inne posiadane dane:  
.....

KOSZTY MEDYCZNE (w tym transport medyczny) UREGULOWANE PRZEZ POSZKODOWANEGO		
(proszę załączyć <b>oryginały</b> rachunków oraz kwitów potwierdzających uregulowanie kosztów)		
Rodzaj usługi	Nazwa szpitala/ lekarza/ apteki, itp.	Koszt usługi
<b>Łącznie do zwrotu</b>		

Imię i nazwisko oraz adres lekarza pierwszego kontaktu w Polsce:  
.....

**OŚWIADCZENIE POSZKODOWANEGO**

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej Generali TU S.A. dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Oświadczam, że podane przez mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy.

Podpis: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.  
ul. Senatorska 18  
00-082 Warszawa  
T 913 913 913  
centrumklienta@generali.pl  
generali.pl

#### WYPŁATA ODSZKODOWANIA

Numer konta bankowego (prowadzonego w PLN): \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ -

Dane właściciela konta (imię, nazwisko, adres):  
.....

(opcjonalnie) Przekaz pocztowy (imię, nazwisko, adres):  
.....

#### UPOWAŻNIENIE DLA PLACÓWEK MEDYCZNYCH

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali T.U. S.A. z siedzibą w Warszawie, 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.

Podpis: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PROSIMY O DOSŁANIE WRAZ Z WYPEŁNIONYM WNIOSEM, ORYGINAŁÓW RACHUNKÓW ORAZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OD LEKARZA ZAWIERAJĄCEJ DIAGNOZĘ ORAZ ZASTOSOWANE LECZENIE**

#### PROSZĘ ODESŁAĆ DO:

EUROP ASSISTANCE POLSKA SP. Z O. O.  
ZESPÓŁ DS. LIKWIDACJI SZKÓD  
UL. WOŁOSKA 5  
02-675 WARSZAWA

[ ]\* Wyrażam zgodę [ ]\* Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji za pomocą środków komunikacji elektronicznej na wskazany powyżej adres e-mail oraz na przekazanie dokumentów związanych z postępowaniem dotyczącym zgłoszonej szkody w tej formie.

Podpis:

Imię i nazwisko:

Data:

\* prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiednim polu