



Zgłoszenie Szkody z Ubezpieczenia Turystycznego

Generali T.U. S.A., ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa

1. Ubezpieczający	Imię i nazwisko /nazwa firmy: _____ Adres: _____ Ulica, numer _____ Kod pocztowy: _____ Mijscowość: _____ Telefon: _____
2. Ubezpieczony (poszkodowany)	Imię i nazwisko /nazwa firmy: _____ Adres: _____ Ulica, numer _____ Kod pocztowy: _____ Mijscowość: _____ Data urodzenia: _____ Telefon kontaktowy: _____ PESEL: _____ NIP / Regon: _____
3. Poszkodowany	Imię i nazwisko /nazwa firmy: _____ Adres: _____ Ulica, numer _____ Kod pocztowy: _____ Mijscowość: _____ Data urodzenia: _____ PESEL: _____ Telefon: _____ NIP / Regon: _____ Adres e-mail: _____
4. Szkoda	Okres ubezpieczenia Od: [][] [][] [][] [][] Do: [][] [][] [][] [][] Numer polisy: _____ Suma gwarancyjna: _____ Data powstania szkody: [][]-[][]-[][][][] Godzina zdarzenia: [][]-[][] Data ujawnienia szkody: [][]-[][]-[][][][] Data zgłoszenia szkody: [][]-[][]-[][][][] Miejsce powstania szkody (Nazwa, obszar, miejscowość, ulica) : Wstępna szacunkowa wysokość roszczenia : Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia <input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy na adres: <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania (jak w pkt. 3) <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> Przelew na rachunek nr konta [][]-[][][][]-[][][][]-[][][][]-[][][][]-[][][][]-[][][][] Dokładny opis zdarzenia: Świadcowie (imię i nazwisko, adres, telefon)

5. Dotyczy szkody osobowej	<p>Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był trzeźwy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Stwierdzona dawka alkoholu we krwi</p> <p>Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Czy poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Nazwa Kasy Chorych</p> <p>Czy poszkodowany miał prawo przebywać w miejscu wypadku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Nazwa placówki medycznej, w której poszkodowany leczyl się po wypadku:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Czy leczenie zostało zakończone? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Data zakończenia leczenia <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 150px;">Nie Przewidywana data zakończenia leczenia <input style="width: 100px;" type="text"/></p>		
	<p>Czy przed wypadkiem u poszkodowanego występowały choroby samoistne? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Jakie?</p> <p>Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Nazwa i adres zakładu pracy <input style="width: 500px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> student/ uczeń (nazwa uczelni</p> <p>Czy nastąpił zgon poszkodowanego? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Data zgonu <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Stan cywilny poszkodowanego.....</p> <p>Liczba dzieci <input style="width: 40px;" type="text"/> Data urodzenia dzieci <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		
6. Informacje ogólne	<p>Czy o zdarzeniu poinformowano :</p> <p><input type="checkbox"/> Policja Nazwa i adres: sygn. akt</p> <p><input type="checkbox"/> Prokuratura Nazwa i adres: sygn. akt</p> <p><input type="checkbox"/> Straż Pożarna Nazwa i adres: sygn. akt</p> <p><input type="checkbox"/> Pogotowie Nazwa i adres:</p> <p><input type="checkbox"/> Instytucja/osoba Nazwa i adres:</p>		
7. Dotyczy szkody majątkowej	<p>Ogólna charakterystyka zniszczonego lub uszkodzonego mienia</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Akcja ratownicza i jej przebieg</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Czy poszkodowany zgłosił roszczenia w innej firmie ubezpieczeniowej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Nazwa towarzystwa <input style="width: 150px;" type="text"/></p>		
8. Upoważnienie dla placówek medycznych	<p>Ja, niżej podpisany/a zam., 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. W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(miejscowość, data) (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni)</p>		
9. Oświadczenia	<p>1. <input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody, aby spółka GENERALI TU S.A. przetwarzała w celach marketingowych podane w niniejszym druku dane osobowe (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 Dz.U. 93.133.883)</p> <p>2. 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.</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(miejscowość, data) (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego)</p>		
Poszkodowany – data i podpis	Zgłaszający szkodę – data i podpis	Ubezpieczający – data i podpis	Pracownik Generali – data i podpis