Zgłoszenie szkody NNW
Ubezpieczenia „Lew Uczeń”

Numer szkody

Oddział w

Numer polisy

Wariant ubezpieczenia

Generali T.U. S.A.
ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa tel (022) 543 0 543, fax (0-22) 543 0 898

1.Ubezpieczający (szkoła)

Nazwa szkoły

Adres: Ulica, numer | Kod pocztowy: | Miejscowość

2.Ubezpieczony (poszkodowany)

Imię i nazwisko

Adres: Ulica, numer | Kod pocztowy: | Miejscowość

Data urodzenia | Telefon kontaktowy

3. Oświadczenie opiekuna prawnego
(prosimy o wypełnienie w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni)

Niniejszym oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim / małoletnią wymienionym w pkt. 2 sprawują aktualnie następujące osoby:

1. Imię i nazwisko opiekuna prawnego | Stopień pokrewieństwa

Adres: Ulica, numer | Kod pocztowy: | Miejscowość

2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego | Stopień pokrewieństwa

Adres: Ulica, numer | Kod pocztowy: | Miejscowość

..... (imię i nazwisko składającego oświadczenie) ..... (seria i numer dow. osob.) ..... (podpis)

4. Wypadek

Data wypadku - - | Miejsce wypadku

Okoliczności i przebieg zdarzenia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Dotyczy wypadku komunikacyjnego

Numer rej. pojazdu | Marka pojazdu:

Imię i nazwisko kierującego pojazdem | Numer i kategoria prawa jazdy:

Adres zamieszkania kierującego pojazdem | Kod pocztowy | Miejscowość

6. Stan trzeźwości w chwili wypadku

Oświadczam, że w chwili wypadku Ubezpieczony był trzeźwy i nie był pod wpływem narkotyków lub innych tego typu środków.

..... (imię i nazwisko składającego oświadczenie) ..... (seria i numer dow. osob.) ..... (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni)

7. Zgłoszenie dotyczy odszkodowania z tytułu: (proszę o zaznaczenie jednej lub kilku pozycji)

- ☐ Trwałe Inwalidztwo Całkowite [o006, o008]
- ☐ Trwałe Inwalidztwo Częściowe [o006, o101]
- ☐ Śmierć [o006, o010]
- ☐ Złamania [o006, o102]
- ☐ Poparzenia [o006, o103]
- ☐ Odmrożenia [o006, o104]
- ☐ Dzienne świadczenie szpitalne NNW [o006,o007]
- ☐ Dzienne świadczenie szpitalne – zatrucia pokarmowe [o010, o007]
- ☐ Urazy narządów ruchu [o006, o105]
- ☐ Wstrząśnienie mózgu [o006, o106]
- ☐ Rany cięte i szarpane [o006, o107]
- ☐ Zakup wózka inwalidzkiego [o006, o108]
- ☐ Śmierć przedstawiciela ustawowego [o006, o109]
- ☐ Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego [o007, o110]
- ☐ Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego [o006, o111]
- ☐ Zwrot kosztów nabycia protez, śr. pom. [o006, o112]
- ☐ Zwrot kosztów opłaconego czesnego [o006, o113]
- ☐ Dzienne świadczenie z tyt. rekonwalescencji [o006,o114]
- ☐ Zwrot kosztów pogrzebu [o006,o024]

8. Świadkowie

Czy na miejscu zdarzenia byli obecni świadkowie? Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli tak, prosimy o wypełnienie:

1. Imię i nazwisko

Adres: Ulica, numer | Kod pocztowy: | Miejscowość

2. Imię i nazwisko

Adres: Ulica, numer | Kod pocztowy: | Miejscowość

9. Obrażenia ciała

Obrażenia ciała odniesione w wyniku wypadku:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

10. Zakłady lecznicze, w których Ubezpieczony leczył się po wypadku

Nazwa zakładu

Adres zakładu | Kod pocztowy | Miejscowość

Specjalista prowadzący leczenie

. . . . . .
(Podpis i pieczątka lekarza /udzielającego pierwszej pomocy)

Nazwa zakładu

Adres zakładu | Kod pocztowy | Miejscowość

Specjalista prowadzący leczenie

. . . . . .
(Podpis i pieczątka lekarza)

Nazwa zakładu

Adres zakładu | Kod pocztowy | Miejscowość

Specjalista prowadzący leczenie

. . . . . .
(Podpis i pieczątka lekarza)

11. Czy leczenie zostało zakończone?

Tak ☐

Data zakończenia leczenia - -

Nie ☐

Przewidywany termin zakończenia leczenia - -

12. Upoważnienie dla placówek medycznych

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 informacji dotyczącej mojej historii choroby, 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.

. . . . . (miejscowość, data)

. . . . . (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni)

13. Czy w związku z wypadkiem prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?

Tak ☐ Nie ☐

☐ Policja Nazwa i adres: . . . . . sygn. akt . . . . . .

☐ Prokuratura Nazwa i adres: . . . . . sygn. akt . . . . . .

14. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

☐ Przekaz pocztowy na adres: ☐ Adres zamieszkania (jak w pkt. 2) ☐ inny . . . . . .

☐ Przelew na rachunek banko nr konta - - - - - -

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

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