



ZASADY ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE



Marzec 2015 r.

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952 Kapitał zakładowy: 63.500.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.



I. POWIADAMIANIE TOWARZYSTWA O ROSZCZENIU

W przypadku wystąpienia jakiegokolwiek zdarzenia, objętego umową ubezpieczenia, należy niezwłocznie powiadomić Departament Likwidacji Szkód.

Roszczenie Klienta może zostać zgłoszone:

- Listownie na adres Towarzystwa:
Generali Życie T.U. S.A.
Departament Likwidacji Szkód Masowych
Ul. Postępu 15 B
02-676 Warszawa
- Osobiście w Oddziale lub Filii Generali,
- Faksem pod numer (+ 48 22) 543 09 17,
- Telefonicznie pod numer Call Center Generali 913 913 913
- Poczta elektroniczną na adres: szkody.zycie@generali.pl,
- Poczta elektroniczną na adres 48godzin@generali.pl - dotyczy tylko i wyłącznie umów objętych [procedurą „48 godzin” spełniających warunki niniejszej procedury](#).
- W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pomocy medycznej w kraju telefonicznie pod numer Centrum Pomocy Generali (+48 22) 205 50 25,
- W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej drugiej opinii medycznej telefonicznie pod numer Centrum Obsługi Klienta Best Doctors 0 800 365 867

Uwaga:

Zgłoszenie telefoniczne wymaga przesłania dokumentacji w formie papierowej przesyłką listowną bądź w formie elektronicznej (nie dotyczy Telefonicznej Obsługi Roszczeń – procedura TOR)

Zgłoszenie w formie elektronicznej (fax-em, e-mailem) nie wymaga przesyłania dokumentacji w formie papierowej przesyłką listowną.

Roszczenie może zgłosić pośrednik lub opiekun z ramienia Pracodawcy oraz sam Klient.

II. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Wypłata świadczenia nastąpi:

- na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego lub Uposażonego (w przypadku śmierci Ubezpieczonego),
- przekazem pocztowym na adres wskazany przez Ubezpieczonego lub Uposażonego (w przypadku śmierci Ubezpieczonego),

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952 Kapitał zakładowy: 63.500.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.

- 2 -



III. DOKUMENTY WYMAGANE PRZY ZGŁOSZENIU ROSZCZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Śmierć Ubezpieczonego, Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW lub katastrofy naturalnej, Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW w środku lokomocji, Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego\(R01\)](#), wypełniony przez każdego Uposażonego (w przypadku małoletniego Uposażonego formularz wypełnia opiekun prawny Uposażonego),
2. Oryginalny odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
3. Kopia dowodu osobistego każdego Uposażonego,
4. Jeżeli Uposażonym jest osoba małoletnia – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Uposażonego oraz kopia dowodu osobistego opiekuna prawnego Uposażonego,
5. Jeżeli brak Uposażonych - kopia postanowienia o nabyciu spadku lub uprawomocniony testament,
6. Kopia statystycznej karty zgonu Ubezpieczonego albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentacja medyczna określająca przyczynę śmierci Ubezpieczonego,
7. Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku - protokół powypadkowy (protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury) oraz adres policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia,
8. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu,
9. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczył się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Ubezpieczony przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną, kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Uwaga:

Jeżeli opiekunem prawnym Dziecka Uposażonego jest inna osoba niż Rodzic Dziecka należy przedstawić Postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki nad małoletnim Dzieckiem.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego\(R01\)](#), wypełniony przez każdego Uposażonego (w przypadku małoletniego Uposażonego formularz wypełnia opiekun prawny Uposażonego),
2. Oryginalny odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
3. Kopia dowodu osobistego każdego Uposażonego,
4. Jeżeli Uposażonym jest osoba małoletnia – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Uposażonego oraz kopia dowodu osobistego prawnego opiekuna Uposażonego,
5. Jeżeli brak Uposażonych - kopia postanowienia o nabyciu spadku lub uprawomocniony testament,
6. Kopia statystycznej karty zgonu Ubezpieczonego albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentacja medyczna określająca przyczynę śmierci Ubezpieczonego,

Generali Życie T.U. S.A.

- 3 -

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08



7. Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie u Ubezpieczonego zawału serca lub udaru mózgu,
8. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczył się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Ubezpieczony przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną, kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Uwaga:

Jeżeli opiekunem prawnym Dziecka Uposażonego jest inna osoba niż Rodzic Dziecka należy przedstawić Postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki nad małoletnim Dzieckiem.

Śmierć Współmałżonka, Śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, Śmierć Współmałżonka wskutek wypadku komunikacyjnego

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka,
3. Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
4. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
5. Kopia statystycznej karty zgonu Współmałżonka albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentacja medyczna określająca przyczynę śmierci Współmałżonka.
6. Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku - protokół powypadkowy (protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury) oraz adres policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia,
7. Jeżeli Współmałżonek prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Śmierć Rodzica

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#) lub [Formularz Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin\(R04\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego.
2. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego.

Śmierć Rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
4. Kopia statystycznej karty zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentacja medyczna określająca przyczynę śmierci Rodzica,



5. Protokół powypadkowy (protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury) oraz adres policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia,
6. Jeżeli Rodzic prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Śmierć Teścia

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#) lub Formularz [Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin\(R04\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Teścia,
3. Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
4. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
5. Kopia dowodu osobistego Współmałżonka Ubezpieczonego.

Śmierć Teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Teścia/Teściowej,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
4. Kopia statystycznej karty zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentacja medyczna określająca przyczynę śmierci Teścia/Teściowej,
5. Protokół powypadkowy (protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury) oraz adres policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia,
6. Jeżeli Teść/Teściowa prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Śmierć Dziecka, Śmierć Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
4. W przypadku zgonu Dziecka przysposobionego – dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka przez Ubezpieczonego,
5. Kopia statystycznej karty zgonu Dziecka albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentacja medyczna określająca przyczynę śmierci Dziecka,



6. Jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w wyniku wypadku - protokół powypadkowy (protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury) oraz adres policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia,
7. Jeżeli Dziecko prowadziło pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Urodzenie Dziecka

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#) lub Formularz [Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin\(R04\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,

Narodziny Wnuka

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#) lub Formularz [Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin\(R04\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
4. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Wnuka

Urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#) lub Formularz [Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin\(R04\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
4. W przypadku zgłaszania urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną – kserokopia dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie wady wrodzonej u Dziecka oraz karta przebiegu ciąży,
5. W przypadku wykrycia wady wrodzonej w pierwszym miesiącu życia Dziecka – zaświadczenie o stanie zdrowia Dziecka wystawione przez lekarza po 30 dniach od dnia urodzenia,

Urodzenie Dziecka martwego

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#) lub Formularz [Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin\(R04\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją „Dziecko martwo urodzone”,
3. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca urodzenie martwego Dziecka,



4. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego.

Urodzenie Dziecka martwego rozszerzone o poronienie

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia/śmierci Współubezpieczonych\(R02\)](#) lub Formularz [Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin \(R04\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją „Dziecko martwo urodzone”,
3. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego matki dziecka,
4. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego.

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu już się zakończył,
4. Dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy leczenie szpitalne jeszcze się nie zakończyło, a pobyt w szpitalu trwał co najmniej 30 dni,
5. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczył się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Ubezpieczony przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną, kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu już się zakończył,
4. Dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy leczenie szpitalne jeszcze się nie zakończyło, a pobyt w szpitalu trwał co najmniej 30 dni,
5. Jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem - protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
6. Jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem - dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,



7. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek NW, Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu już się zakończył,
4. Dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy leczenie szpitalne jeszcze się nie zakończyło, a pobyt w szpitalu trwał co najmniej 30 dni,
5. Protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
6. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
7. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu już się zakończył,
4. Dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy leczenie szpitalne jeszcze się nie zakończyło, a pobyt w szpitalu trwał co najmniej 30 dni,
5. Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie zawału serca/udaru mózgu oraz obrazująca leczenie w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań, itp.
6. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczył się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Ubezpieczony przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną, kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Pobyt Współmałżonka w Szpitalu

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dowodu osobistego Współmałżonka,

Generali Życie T.U. S.A.

- 8 -

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952 Kapitał zakładowy: 63.500.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.



4. Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
5. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego Współmałżonka, jeżeli pobyt w szpitalu już się zakończył,
6. Dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy leczenie szpitalne jeszcze się nie zakończyło, a pobyt w szpitalu trwał co najmniej 30 dni,
7. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczył się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Współmałżonek przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną, kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Pobyt Współmałżonka w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dowodu osobistego Współmałżonka,
4. Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
5. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu już się zakończył,
6. Dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy leczenie szpitalne jeszcze się nie zakończyło, a pobyt w szpitalu trwał co najmniej 30 dni,
7. Kopia protokołu, notatki służbowej z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane - opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
8. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Współmałżonkowi pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
9. Jeżeli Współmałżonek prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Pobyt Dziecka w Szpitalu

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego Dziecka,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
4. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka,
5. Jeżeli Dziecko jest osobą pełnoletnią - kopia dowodu osobistego Dziecka.

Pobyt Dziecka w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego Dziecka,
3. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,



4. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka,
5. Jeżeli Dziecko jest osobą pełnoletnią - kopia dowodu osobistego Dziecka,
6. Kopia protokołu BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku, jeżeli nie były sporządzane - opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
7. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Dziecku pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
8. Jeżeli Dziecko prowadzi pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (dotyczy wariantu I, II) oraz Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku/ Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Dokumentacja medyczna obrazująca leczenie skutków wypadku w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań, itp.,
4. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
5. Kopia protokołu BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
6. Jeżeli Ubezpieczony prowadzi pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Refundacja Ubezpieczonemu kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Dokumentacja medyczna obrazująca leczenie skutków wypadku w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań, itp.,
4. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
5. Oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego dotyczących zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaświadczeniem lekarskim uzasadniającym te wydatki,
6. Kopia protokołu BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,



7. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Dokumentacja medyczna obrazująca leczenie skutków wypadku w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań, itp.,
4. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
5. Oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego potwierdzających wydatki poniesione w trakcie leczenia,
6. Kopia protokołu BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
7. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Dokumentacja medyczna obrazująca leczenie skutków wypadku w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań, itp.,
4. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
5. Kopia protokołu BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
6. Jeżeli Ubezpieczony prowadzi pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.



Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie zawału serca/udaru mózgu oraz obrazująca leczenie w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań, itp.

Trwały Uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dowodu osobistego Współmałżonka,
4. Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
5. Dokumentacja medyczna obrazująca leczenie skutków wypadku w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań, itp.,
6. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Współmałżonkowi pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
7. Kopia protokołu BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Współmałżonka,
8. Jeżeli Współmałżonek prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Trwały Uszczerbek na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka,
4. Jeżeli Dziecko jest osobą pełnoletnią - kopia dowodu osobistego Dziecka,
5. Dokumentacja medyczna obrazująca leczenie skutków wypadku w postaci: kart leczenia szpitalnego, historii choroby z leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacyjnego, opisów wyników badań, itp.,
6. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Dziecku pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
7. Kopia protokołu BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
8. Jeżeli Dziecko prowadziło pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.



Uwaga: dotyczy wariantów Inwalidztwa I, II, Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Ubezpieczonego, Współmałżonka, Dziecka)

- **Zgłoszenie roszczenia powinno nastąpić po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.**

Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy Zarobkowej

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej niezdolność do pracy zarobkowej w postaci: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, itp.,
4. Orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej,
5. Kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy Zarobkowej oraz Samodzielnej Egzystencji

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej niezdolność do pracy zarobkowej w postaci: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, itp.,
4. Orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej i samodzielnej egzystencji,
5. Kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy Zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej niezdolność do pracy zarobkowej w postaci: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, itp.,
4. Orzeczenie lekarskie podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej,
5. Protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,

Generali Życie T.U. S.A.

- 13 -

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952 Kapitał zakładowy: 63.500.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.



6. Dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
7. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Poważna Choroba Ubezpieczonego, Poważna Choroba Ubezpieczonego – wariant I, Poważna Choroba Ubezpieczonego – wariant II

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie poważnej choroby w postaci: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, itp.,
4. W przypadku wystąpienia poważnej choroby zakażenia wirusem HIV – prawomocne orzeczenie sądu,
5. Kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie Ubezpieczonego.

Poważna Choroba Współmałżonka

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dowodu osobistego Współmałżonka,
4. Kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
5. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie poważnej choroby w postaci: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, itp.,
6. W przypadku wystąpienia poważnej choroby zakażenia wirusem HIV – prawomocne orzeczenie sądu,
7. Kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie Współmałżonka.

Poważna Choroba Dziecka

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka,
4. Jeżeli Dziecko jest osobą pełnoletnią - kopia dowodu osobistego Dziecka,
5. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie poważnej choroby w postaci: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, itp.,
6. W przypadku wystąpienia poważnej choroby zakażenia wirusem HIV – prawomocne orzeczenie sądu,



7. Kopia dokumentacji medycznej sprzed okresu ubezpieczenia lub dokładne adresy placówek medycznych, w których miało miejsce leczenie Dziecka.

Operacje Chirurgiczne Ubezpieczonego

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Dokumentacja medyczna potwierdzająca wykonanie operacji chirurgicznej w postaci kopii karty leczenia szpitalnego,
4. Kopia skierowania na operację chirurgiczną,
5. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę i leczenie choroby będącej przyczyną wykonania operacji lub dokładny adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest zarejestrowany i leczony,
6. Jeżeli operacja chirurgiczna była spowodowana wypadkiem – protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
7. Jeżeli operacja chirurgiczna była spowodowana wypadkiem - dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
8. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.
9. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczył się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Ubezpieczony przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną lub kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Zabiegi Specjalistyczne Ubezpieczonego

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Dokumentacja medyczna potwierdzająca wykonanie zabiegu specjalistycznego w postaci kopii karty leczenia szpitalnego,
4. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę i leczenie choroby będącej przyczyną wykonania zabiegu lub dokładny adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest zarejestrowany i leczony,
5. Jeżeli zabieg specjalistyczny był spowodowany wypadkiem – protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
6. Jeżeli zabieg specjalistyczny był spowodowany wypadkiem - dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,



7. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.
8. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczyl się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Ubezpieczony przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną lub kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Operacje Chirurgiczne Współmałżonka Ubezpieczonego

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia dowodu osobistego Współmałżonka
4. Kopia odpisu skróconego Aktu Małżeństwa Ubezpieczonego,
5. Dokumentacja medyczna potwierdzająca wykonanie operacji chirurgicznej w postaci kopii karty leczenia szpitalnego Współmałżonka,
6. Kopia skierowania na operację chirurgiczną,
7. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę i leczenie choroby będącej przyczyną wykonania operacji lub dokładny adres placówki medycznej, w której Współmałżonek jest zarejestrowany i leczony,
8. Jeżeli operacja chirurgiczna była spowodowana wypadkiem – protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
9. Jeżeli operacja chirurgiczna była spowodowana wypadkiem - dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Współmałżonkowi pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
10. Jeżeli Współmałżonek prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Operacje Chirurgiczne Dziecka

1. Formularz Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych(R06), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka,
4. Jeżeli Dziecko jest osobą pełnoletnią - kopia dowodu osobistego Dziecka,
5. Dokumentacja medyczna potwierdzająca wykonanie operacji chirurgicznej w postaci kopii karty leczenia szpitalnego Dziecka,
2. Kopia skierowania na operację chirurgiczną,
3. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę i leczenie choroby będącej przyczyną wykonania operacji lub dokładny adres placówki medycznej, w której Współmałżonek jest zarejestrowany i leczony,

Generali Życie T.U. S.A.

- 16 -

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08



4. Jeżeli operacja chirurgiczna była spowodowana wypadkiem – protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku; jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
5. Jeżeli operacja chirurgiczna była spowodowana wypadkiem - dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Dziecku pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
6. Jeżeli Dziecko prowadziło pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu oraz kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Osierocenie Dziecka Ubezpieczonego

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego \(R01\)](#), wypełniony przez każdego Uposażonego (w przypadku małoletniego Uposażonego formularz wypełnia opiekun prawny Uposażonego),
2. Oryginalny odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
3. Jeżeli Dziecko jest osobą pełnoletnią - kopia dowodu osobistego Dziecka,
4. Jeżeli Dziecko jest osobą małoletnią – kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka oraz kopia dowodu osobistego opiekuna prawnego,
5. Kopia statystycznej karty zgonu Ubezpieczonego albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentacja medyczna określająca przyczynę śmierci Ubezpieczonego,
6. Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku - protokół powypadkowy (protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury) oraz adres policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia,
7. Jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd w chwili wypadku - dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu,
8. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczył się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Ubezpieczony przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną, kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Uwaga:

Jeżeli opiekunem prawnym Dziecka Uposażonego jest inna osoba niż Rodzic Dziecka należy przedstawić Postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki nad małoletnim Dzieckiem.

Rehabilitacja medyczna

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, którego następstwem ma być/było leczenie rehabilitacyjne,
4. Kopia wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację,
5. Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia w postaci: historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego, opisów wyników badań, itp.,

Generali Życie T.U. S.A.

- 17 -

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952 Kapitał zakładowy: 63.500.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.



6. Jeżeli leczenie jest spowodowane wypadkiem – protokół BHP, notatka służbowa z policji lub prokuratury, która prowadzi postępowanie wyjaśniające okoliczności zajścia wypadku, a jeżeli nie były sporządzane – opis okoliczności zdarzenia sporządzony przez Ubezpieczonego,
7. Jeżeli leczenie jest spowodowane wypadkiem - dokumentacja medyczna potwierdzająca udzielenie Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zajściu zdarzenia,
8. W przypadku wniosku o refundację kosztów rehabilitacji wykonanej poza placówką Partnera Medycznego – oryginał faktury za rehabilitację,
9. Dokumentacja medyczna sprzed zawarcia umowy ubezpieczenia lub adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczył się, (jeżeli umowa ubezpieczenia trwała krócej niż 3 lata i Ubezpieczony przystępując do umowy wypełniał ankietę medyczną lub kwestionariusz medyczny lub oświadczenie o stanie zdrowia).

Rekonwalescencja Ubezpieczonego

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Kopia karty informacyjna leczenia szpitalnego (pobyt min. 14 dni)
4. Kserokopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital, w którym odbywała się hospitalizacja,
5. Kserokopia protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony,
6. Kserokopia prawa jazdy, jeżeli nieszczęśliwy wypadek spowodowany był wypadkiem komunikacyjnym (tylko, jeżeli Ubezpieczony był kierowcą),
7. inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.

Rekonwalescencja Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06 lub R05\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
3. Kopia karty informacyjna leczenia szpitalnego (pobyt min. 14 dni)
4. Kserokopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital, w którym odbywała się hospitalizacja,
5. Kserokopia protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony,
6. Kserokopia prawa jazdy, jeżeli nieszczęśliwy wypadek spowodowany był wypadkiem komunikacyjnym (tylko, jeżeli Ubezpieczony był kierowcą),
7. inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.



Refundacja kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty

1. Formularz [Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonych\(R06\)](#), wypełniony przez Ubezpieczonego,
2. Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
3. Oryginał faktury lub rachunku wystawionego imiennie na Ubezpieczonego za dokonaną konsultację.

Pomoc medyczna

W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem w ramach Umowy Dodatkowej dotyczącej pomocy medycznej Ubezpieczony, Współubezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona powinna telefonicznie skontaktować się z Centrum Pomocy Generali i podać następujące dane:

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego,
2. Adres zamieszkania Ubezpieczonego,
3. Numer certyfikatu,
4. Krótki opis zajścia zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
5. Numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym, Współubezpieczonym lub osobą przez niego wskazaną,
6. Inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Pomocy Generali do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

Druga opinia medyczna

W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem w ramach Umowy Dodatkowej dotyczącej drugiej opinii medycznej Ubezpieczony powinien telefonicznie skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać następujące dane:

1. Imię i nazwisko,
2. Adres zamieszkania,
3. Numer certyfikatu,
4. Okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej drugiej opinii medycznej,
5. Numer telefonu do kontaktu zwrotnego.

Dodatkowe postępowanie ustalające

Uwaga:

Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.



Dodatkowe postępowanie ustalające ma na celu uzyskanie dodatkowych dokumentów istotnych dla ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa. Przede wszystkim dotyczy to uzyskania wyjaśnień dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, oraz okoliczności i przyczyn zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W tym celu Towarzystwo kontaktuje się z placówkami medycznymi oraz z policją i prokuraturą.

Dodatkowe informacje związane z procesem likwidacji

- 1) Wprowadzenie wzoru pełnomocnictwa dla osób trzecich (Załącznik 1);
- 2) Wprowadzenie telefonicznego oświadczenia o stanie trzeźwości w przypadku braku posiadania dokumentu potwierdzającego trzeźwość;
- 3) Odejście od wymogu potwierdzenia Pracodawcy na formularzu zgłoszenia;
- 4) Możliwość telefonicznego pozyskania adresu e-mail;
- 5) Informowanie Klientów o brakującej dokumentacji za pośrednictwem SMS.



Załącznik nr 1.

MIEJSCOWŚĆ, dnia

.....
Imię i nazwisko Pracownika

.....
Nr certyfikatu

Generali Życie T.U. S.A.

Upoważnienie

Niniejszym upoważniam IMIE/NAZWISKO oraz PESEL OSOBY UPOW. do zasięgania w moim imieniu od Generali Życie TU S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15 B wszelkich dotyczących mnie informacji związanych ze statusem zgłoszonych przeze mnie spraw o wypłatę świadczeń oraz przekazywania wszelkich informacji związanych z koniecznością uzupełnienia dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą o numerze.....

W związku z powyższym proszę o kierowanie korespondencji związanej ze zgłoszonymi wnioskami na następujący adres mailowy:.....

Generali Życie T.U. S.A.

- 21 -

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952 Kapitał zakładowy: 63.500.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.



.....
Podpis Pracownika

Generali Życie T.U. S.A.

- 22 -

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 913 913 913, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952 Kapitał zakładowy: 63.500.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Zgłoszenie roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (R01)

Zgłoszenie dotyczy:

- śmierci Ubezpieczonego
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
- śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu
- osierocenia Dziecka Ubezpieczonego

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nazwisko rodowe

PESEL

Dane Uposażonego

Nazwisko

Imię

Nazwisko rodowe

PESEL

Adres korespondencyjny Uposażonego

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Dane Dziecka osieroczonego

Lp.

Nazwisko

Imię

Data urodzenia
(dd-mm-rrrr)

Adres stałego zamieszkania
(ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

Lp.	Nazwisko	Imię	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	Adres stałego zamieszkania (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dane osoby zgłaszającej roszczenie

Nazwisko

Imię

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Dane dotyczące zgłaszanego zdarzenia

Data śmierci Ubezpieczonego:

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

Przyczyna śmierci:

(proszę zaznaczyć odpowiednie pole oraz wypełnić tabelkę „Opis okoliczności (przyczyny) śmierci”)

- choroba
- nieszczęśliwy wypadek
- samobójstwo
- inne

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 17
 Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952.
 Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.

1-332-03.2013

Opis okoliczności (przyczyny) śmierci / rodzaj choroby

--

Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie wyjaśniające?

TAK

NIE

	Nazwa i adres	Sygnatura akt
POLICJA		
PROKURATURA		

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

przelew na rachunek bankowy numer:

przekaz pocztowy na adres Uposażonego (podany powyżej)

przekaz pocztowy na adres: /jeśli jest inny niż korespondencyjny/

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

w przypadku śmierci Ubezpieczonego:

- kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego
- kopia dowodu osobistego Uposażonego
- kopia statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu
- inne.....

w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem dodatkowo:

- kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- kopia protokołu BHP
- inne.....

w przypadku osierocenia Dziecka dodatkowo:

- kopia aktu urodzenia Dziecka
- inne.....

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

Oświadczenia Uposażonego/Zgłaszającego

1. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

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

e-mail

<input type="text"/>

wyrażam zgodę na przesyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o przyznanym świadczeniu.

Telefon

<input type="text"/>

2. Oświadczam iż, zapoznałem/am się z treścią Regulaminu o świadczenie 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 <http://www.generali.pl>

Miejscowość	Data	Podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego / Współubezpieczonych (R06)

Zgłoszenie dotyczy:

- pobytu w szpitalu Ubezpieczonego
- pobytu w szpitalu Dziecka Ubezpieczonego
- pobytu Współmałżonka w szpitalu
- pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
- trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
- poważnej choroby Ubezpieczonego
- poważnej choroby Współmałżonka Ubezpieczonego
- poważnej choroby Dziecka Ubezpieczonego
- operacji chirurgicznej Ubezpieczonego
- operacji chirurgicznej Współmałżonka
- urlopu dla poratowania zdrowia nauczyciela
- niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz samodzielnej egzystencji
- rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego
- refundacji kosztów wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty
- inne

* na jednym formularzu dozwolone jest zgłoszenie roszczeń wyłącznie jednego Ubezpieczonego

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nazwisko rodowe

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Data rozpoznania choroby/wykonania operacji

Rodzaj choroby/operacji

Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony/Współubezpieczony

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia (dd-mm-rrrr)	Adres placówki (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania niezdolności do pracy/w przypadku zgłoszenia niezdolności Ubezpieczonego do pracy/
- kopia skierowania na rehabilitację/w przypadku zgłoszenia rehabilitacji medycznej/
- oryginał faktury za rehabilitację/w przypadku zgłoszenia rehabilitacji medycznej/
- oryginał faktury lub rachunku wystawionego imiennie na Ubezpieczonego za dokonaną konsultację/w przypadku zgłaszania refundacji kosztów wizyty u lekarza specjalisty/

zdarzeń dotyczących Współmałżonka:

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia dowodu osobistego Współmałżonka
- kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa

zdarzeń dotyczących Dziecka:

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia aktu urodzenia Dziecka

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

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 17

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952.

Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących urodzenia/śmierci Współubezpieczonych (R02)

Zgłoszenie dotyczy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka | <input type="checkbox"/> śmierci Dziecka |
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną | <input type="checkbox"/> śmierci Współmałżonka |
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka martwego | <input type="checkbox"/> śmierci Rodzica |
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka martwego rozszerzone o poronienie | <input type="checkbox"/> śmierci Teścia |

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Nazwisko rodowe

PESEL

Imię

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Dane urodzonego Dziecka lub osoby Zmarłej/w zależności od zgłoszonego roszczenia/

Nazwisko

Imię

Data urodzenia lub zgonu

Przyczyna śmierci:

(proszę zaznaczyć odpowiednie pole w przypadku śmierci Współubezpieczonego)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> choroba | <input type="checkbox"/> samobójstwo |
| <input type="checkbox"/> nieszczęśliwy wypadek | <input type="checkbox"/> inne |

Opis okoliczności (przyczyny) śmierci/rodzaj choroby

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia/zaznaczyć załączone dokumenty/:

- urodzenie Dziecka

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu urodzenia Dziecka

- urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu urodzenia Dziecka
- kopia/dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie wady wrodzonej Dziecka

- urodzenie Dziecka martwego

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu urodzenia Dziecka (z adnotacją „dziecko martwo urodzone”)
- skan/kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, podczas którego odbył się poród

- urodzenie Dziecka martwego rozszerzone o poronienie

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu urodzenia Dziecka (z adnotacją „dziecko martwo urodzone”)
- skan/kopia dokumentu medycznego potwierdzającego poronienie/w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poronienia

-zgon Dziecka

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu zgonu Dziecka
- skan/kopia statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę zgonu

-zgon Współmałżonka

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu zgonu Współmałżonka
- skan/kopia statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę zgonu

- zgon Rodzica

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu zgonu Rodzica
- skan/kopia statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę zgonu
- skan/kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu /w przypadku zgłaszania roszczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku/

-zgon Teścia/Teściowej

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia dowodu osobistego Współmałżonka Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu zgonu Teścia/Teściowej
- skan/kopia aktu małżeństwa Ubezpieczonego
- skan/kopia statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę zgonu
- skan/kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu /w przypadku zgłaszania roszczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku/

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

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 17
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952.
Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.

1-333-03.2014

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

- przelew na rachunek bankowy numer:
- przekaz pocztowy na adres Ubezpieczonego (podany powyżej)
- przekaz pocztowy na adres:
/jeśli jest inny niż korespondencyjny/

Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

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

e-mail

- wyrażam zgodę na przysyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o przyznanym świadczeniu.

Telefon

2. Oświadczam iż, zapoznałem/am się z treścią Regulaminu o świadczenie 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 <http://www.generali.pl>

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

PAX VAN
TIBI GELI
MAR STA
CE E MIEVS



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Zgłoszenie roszczenia z tytułu zdarzeń dotyczących Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego / Współubezpieczonych (R05)

Zgłoszenie dotyczy:

- trwałego uszczerbku/trwałego inwalidztwa na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
- pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
- pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
- refundacji kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwych wypadków
- refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwych wypadków
- inne

* na jednym formularzu dozwolone jest zgłoszenie roszczeń wyłącznie jednego Ubezpieczonego

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nazwisko rodowe

PESEL

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Data zdarzenia

Miejsce zdarzenia

Dokładny opis zdarzenia

Odniesione wskutek zgłaszanego zdarzenia obrażenia ciała

W przypadku urazu kończyn górnych prosimy o informację czy ubezpieczony jest: praworęczny leworęczny

Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony/Współubezpieczony w związku z wypadkiem

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia (dd-mm-rrrr)	Adres placówki (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

Czy leczenie zostało zakończone? TAK - data zakończenia leczenia:

NIE - przewidywana data zakończenia leczenia:

Czy na miejsce zdarzenia była wzywana Policja/Pogotowie Ratunkowe? TAK NIE

Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie? TAK NIE

	Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA			
PROKURATURA			
POGOTOWIE RATUNKOWE			

Czy zdarzenie miało miejsce w pracy? TAK NIE Czy sporządzono protokół BHP, kartę wypadku itp.? TAK NIE

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 17

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952.

Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

- przelew na rachunek bankowy numer:
- przekaz pocztowy na adres Ubezpieczonego (podany powyżej)
- przekaz pocztowy na adres:
/jeśli jest inny niż korespondencyjny/

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

- zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia dokumentacji z pierwszej pomocy
- kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- kopia protokołu BHP
- inne.....

- zdarzeń dotyczących Współmałżonka:

- kopia dowodu osobistego Współmałżonka
- kopia opisu skróconego aktu małżeństwa
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia dokumentacji z pierwszej pomocy
- kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- inne.....

- zdarzeń dotyczących Dziecka:

- kopia aktu urodzenia Dziecka
- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego
- kopia dokumentacji z pierwszej pomocy
- kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu
- inne.....

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

Oświadczenia Współubezpieczonego (Współmałżonka lub pełnoletniego Dziecka)*

*wypełnić w przypadku gdy roszczenie dotyczy Dziecka/Współmałżonka

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe.

Ja, niżej podpisany/a zam.
upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki medyczne, 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 Życie T.U. S.A., pełnej informacji / dokumentacji dotyczącej historii mojej choroby, fizycznego i psychicznego stanu zdrowia, pobytów w szpitalu, udzielonych porad lub diagnostyki medycznej oraz leczenia.

Miejscowość Data Podpis Współubezpieczonego

Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Oświadczam, że w chwili wypadku byłem trzeźwy i nie byłem pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków: TAK NIE
2. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

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

e-mail

wyrażam zgodę na przesyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o przyznanim świadczeniu.

Telefon

3. Oświadczam iż, zapoznałem/am się z treścią Regulaminu o świadczeniu 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 <http://www.generali.pl>

Ja, niżej podpisany/a zam.
upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki medyczne, 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 Życie T.U. S.A., pełnej informacji / dokumentacji dotyczącej historii mojej choroby, fizycznego i psychicznego stanu zdrowia, pobytów w szpitalu, udzielonych porad lub diagnostyki medycznej oraz leczenia.

Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin (R04)

Zgłoszenie dotyczy:

- urodzenia Dziecka
- urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną
- urodzenia Dziecka martwego
- urodzenia Dziecka martwego rozszerzone o poronienie
- śmierci Rodzica
- śmierci Teścia

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć/Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Nazwisko rodowe

PESEL

Imię

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Dane urodzonego dziecka lub osoby Zmarłej/w zależności od zgłoszonego roszczenia/

Nazwisko

Imię

Data urodzenia lub zgonu

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia/właściwe zaznaczyć/

- przelew na rachunek bankowy numer:
- przekaz pocztowy na adres Ubezpieczonego (podany powyżej)
- przekaz pocztowy na adres /jeśli jest inny niż korespondencyjny/

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia/zaznaczyć załączone dokumenty/:

- urodzenie Dziecka

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan aktu urodzenia Dziecka

- urodzenie Dziecka martwego

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan aktu urodzenia Dziecka (z adnotacją „dziecko martwo urodzone”)
- skan karty informacyjnej leczenia szpitalnego podczas, którego odbył się poród

- zgon rodzica

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan aktu zgonu Rodzica

- urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu urodzenia Dziecka/Dzieci
- kopia/dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie wady wrodzonej dziecka

- urodzenie Dziecka martwego rozszerzone o poronienie

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu urodzenia Dziecka (z adnotacją „dziecko martwo urodzone”)
- skan/kopia dokumentu medycznego potwierdzającego poronienie/w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poronienia

- zgon Teścia/Teściowej

- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan dowodu osobistego Współmałżonka Ubezpieczonego
- skan aktu zgonu Teścia/Teściowej
- skan aktu małżeństwa Ubezpieczonego

W przypadku Umów zawartych na podstawie Ogólnych warunków Ubezpieczenia dla małych i średnich firm do ww. dokumentów należy dołączyć w dokumentację potwierdzającą wcześniejsze ubezpieczenie (certyfikat, deklaracja i zaświadczenia pracodawcy o warunkach wcześniejszej umowy ubezpieczenia)

Oświadczenie Ubezpieczonego

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe.

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

e-mail

- wyrażam zgodę na przysyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o przyznaniu świadczenia.

Telefon

2. Oświadczam iż, zapoznałem/am się z treścią Regulaminu o świadczenie 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 <http://www.generali.pl>

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 17
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952.
Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.

1-287-03.2014