



**g) Zakłady lecznicze, w których leczyl się Ubezpieczony / Poszkodowany w związku z wypadkiem**

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (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"/>

**h) Upoważnienie Ubezpiezonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego dla placówek medycznych**

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

Miejscowość	Data	Podpis Ubezpiezonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**i) Dotyczy wypadku komunikacyjnego – dane kierowcy (dotyczy pojazdu, w którym znajdował się Ubezpieczony / Poszkodowany):**

Nazwisko	Imię
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer prawa jazdy	Numer rejestracyjny pojazdu kierowcy
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5. Dokumenty wymagane w celu rozpatrzenia roszczenia:**

- kopia dowodu osobistego Ubezpiezonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego / Akt Zgonu
- kopia Karty Informacyjnej Izby Przyjęć / SOR / Ambulatorium / Karty Statystycznej Zgonu
- kopia dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego i specjalistycznego
- kopia skierowania na rehabilitację / karta zabiegów – w przypadku zgłoszenia zwrotu kosztów rehabilitacji medycznej
- kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez lekarza – w przypadku zgłoszenia czasowej niezdolności do pracy
- oryginały imiennych faktur i rachunków związanych z procesem leczenia i rehabilitacji – w przypadku zgłoszenia zwrotu kosztów leczenia, rehabilitacji i zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
- kopia notatki urzędowej Policji z miejsca zdarzenia
- kopia prawa jazdy / karty rowerowej / dowód rejestracyjny – w przypadku zdarzeń związanych z ruchem pojazdów

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

**6. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia**

przelew na rachunek bankowy

**7. Oświadczenia**

**1. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią Regulaminu świadczenia 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 generali.pl.**

**Czy w przypadku złożenia reklamacji wnioskuje Pani/Pan o udzielanie odpowiedzi pocztą elektroniczną?** TAK  NIE

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 świadczeniu

Miejscowość	Data	Podpis Ubezpiezonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. Niniejszym zaświadczam, że Ubezpieczony jest objęty ochroną w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia**

Miejscowość	Data	Ubezpieczający – pieczęć, data i podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>