



# Zgłoszenie szkody NNW

Numer szkody: Oddział w: **KRAKOWIE**Numer polisy: **80131001920**Rodzaj ubezpieczenia: NNW indywidualne NNW grupowe NNW kierowcy i pasażerów 

Generali T.U. S.A.

ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa tel (022) 543 0 543, fax (0-22) 543 0 898

1. Ubezpieczający	Imię i nazwisko /nazwa firmy: <b>Fundacja Inicjatyw Społeczno-Akademickich</b>								
	Adres: <b>Nawojowska 95</b> Kod pocztowy: <b>33-300</b> Miejscowość: <b>Nowy Sącz</b>								
2. Ubezpieczony (poszkodowany)	Imię i nazwisko: <input type="text"/>								
	Adres: <input type="text"/> Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/>								
	Data urodzenia: <input type="text"/> Telefon kontaktowy: <input type="text"/>								
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:  <table border="0"><tr><td>1. Imię i nazwisko opiekuna prawnego: <input type="text"/></td><td>Stopień pokrewieństwa: <input type="text"/></td></tr><tr><td>Adres: <input type="text"/></td><td>Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/></td></tr></table> <table border="0"><tr><td>2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego: <input type="text"/></td><td>Stopień pokrewieństwa: <input type="text"/></td></tr><tr><td>Adres: <input type="text"/></td><td>Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/></td></tr></table>	1. Imię i nazwisko opiekuna prawnego: <input type="text"/>	Stopień pokrewieństwa: <input type="text"/>	Adres: <input type="text"/>	Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/>	2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego: <input type="text"/>	Stopień pokrewieństwa: <input type="text"/>	Adres: <input type="text"/>	Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/>
1. Imię i nazwisko opiekuna prawnego: <input type="text"/>	Stopień pokrewieństwa: <input type="text"/>								
Adres: <input type="text"/>	Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/>								
2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego: <input type="text"/>	Stopień pokrewieństwa: <input type="text"/>								
Adres: <input type="text"/>	Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/>								
4. Wypadek	Data wypadku: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Miejsce wypadku: <input type="text"/> Okoliczności i przebieg zdarzenia: <div style="border: 1px solid black; min-height: 200px; padding: 5px;">..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</div>								
5. Dotyczy wypadku komunikacyjnego	Numer rej. pojazdu: <input type="text"/> Marka pojazdu: <input type="text"/> Imię i nazwisko kierującego pojazdem: <input type="text"/> Numer i kategoria prawa jazdy: <input type="text"/> Adres zamieszkania kierującego pojazdem: <input type="text"/> Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/> Numer rej. II pojazdu: <input type="text"/> Marka II pojazdu: <input type="text"/> Imię i nazwisko kierującego II poj.: <input type="text"/> Numer i kategoria prawa jazdy kierującego II pojazdem: <input type="text"/> Adres zamieszkania kierującego II poj.: <input type="text"/> Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość: <input type="text"/>								
6. Stan trzeźwości w chwili wypadku	Czy w chwili zdarzenia kierujący był trzeźwy? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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. Świadkowie	Czy na miejscu zdarzenia byli obecni świadkowie? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
	Jeżeli tak, prosimy o wypełnienie:		
	1. Imię i nazwisko	<input type="text"/>	
	Adres: Ulica, numer	Kod pocztowy:	Miejscowość
	2. Imię i nazwisko	<input type="text"/>	
	Adres: Ulica, numer	Kod pocztowy:	Miejscowość
8. Obrażenia ciała	Obrażenia ciała odniesione w wyniku wypadku:  ..... ..... .....		
9. Zakłady lecznicze, w których Ubezpieczony leczyl się po wypadku	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>	
		..... (Podpis i pieczętka lekarza /udzielającego pierwszej pomocy)	
	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>	
		..... (Podpis i pieczętka lekarza)	
	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość	
Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>		
	..... (Podpis i pieczętka lekarza)		
10. Czy leczenie zostało zakończone?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
	Data zakończenia leczenia	Przewidywany termin zakończenia leczenia	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11. 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. <b>W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.</b>  ..... (miejscowość, data) (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni)		
12. Czy w związku z wypadkiem prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Policja	Nazwa i adres: .....	sygn. akt .....
	<input type="checkbox"/> Prokuratura	Nazwa i adres: .....	sygn. akt .....
13. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia	<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy na adres: <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania (jak w pkt. 2) <input type="checkbox"/> inny .....		
	<input type="checkbox"/> Przelew na rachunek banko	<input type="text"/>	
	nr konta	<input type="text"/>	
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>