



Zgłoszenie szkody NNW

PWSZ Elbląg
ROK AKADEMICKI 2011/2012

Numer szkody

Oddział w

Numer polisy

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 <input type="text" value="Fundacja Inicjatyw Społeczno-Akademickich"/> Adres: <input type="text" value="Nawojowska 95"/> Ulica, numer Kod pocztowy: <input type="text" value="33-300"/> Miejscowość: <input type="text" value="Nowy Sącz"/>
2. Ubezpieczony (poszkodowany)	Imię i nazwisko <input type="text"/> Adres: <input type="text"/> Ulica, numer 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)	<p>Niniejszym oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim / małoletnią wymienionym w pkt. 2 sprawują aktualnie następujące osoby:</p> <p>1. Imię i nazwisko opiekuna prawnego <input type="text"/> Stopień pokrewieństwa <input type="text"/> Adres: <input type="text"/> Ulica, numer Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/></p> <p>2. Imię i nazwisko opiekuna prawnego <input type="text"/> Stopień pokrewieństwa <input type="text"/> Adres: <input type="text"/> Ulica, numer Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">..... (imię i nazwisko składającego oświadczenie) (seria i numer dow. osob.) (podpis)</p>
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Miejsce wypadku <input type="text"/> Okoliczności i przebieg zdarzenia: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; padding: 5px; text-align: center; font-size: 10px;"> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </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"/>
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. <p style="text-align: right;">..... (imię i nazwisko składającego oświadczenie) (seria i numer dow. osob.) (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni)</p>

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"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <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. W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. (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"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <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