

## INSTRUKCJA LIKWIDACJI SZKÓD

**Wypłata świadczenia następuje na podstawie następujących dokumentów:**

- wniosek zgłoszenia szkody;
- dowód osobisty rodzica/opiekuna prawnego ucznia;
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia, karta pobytu w szpitalu;
- oryginały faktur i rachunków za wydatki poniesione w trakcie leczenia;
- numer konta, na które ma być przekazane odszkodowanie;
- potwierdzenie opłacenia składki;
- inne wymagane przez Generali dokumenty związane ze zdarzeniem.

Po zakończonym leczeniu rodzic/opiekun prawny ucznia wybiera najbardziej dogodną formę zgłoszenia szkody, ze wskazanych poniżej:

- a) **poczta elektroniczna** – skany wymaganych dokumentów należy przesać na adres e-mail:  
[szkody.nnw@generali.pl](mailto:szkody.nnw@generali.pl)
- b) **poczta tradycyjna** – kompletną dokumentację należy wysłać na adres:  
**Generali T.U. S.A.**  
**ul. Postępu 15b**  
**02-676 Warszawa**

W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z Kancelarią Brokerską ASPERGO,

**Przedstawicielstwo w Chorzowie:**

ul. Kadecka 2, 41-500 Chorzów

e-mail: [iskolne@aspergo.pl](mailto:iskolne@aspergo.pl)

tel. (32) 249 40 35

kom. 606 685 182 (Stanisław Dudek), kom. 500 250 370 (Janusz Dyczka)



Numer Polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer szkody

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Zgłoszenie roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku

### 1. Zgłoszenie dotyczy:

- Trwałego uszczerbku / inwalidztwa / poważnego urazu / złamania, oparzenia lub odmrożenia
- Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku / udaru mózgu / zawału serca
- Pobytu w szpitalu
- Kosztów leczenia i rehabilitacji
- Naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
- Czasowej niezdolności do pracy zarobkowej
- Inne .....

### 2. Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego / Poszkodowanego

Nazwisko  Imię

Adres e-mail  PESEL

Ulica  nr domu  nr mieszkania

Miejscowość  Kod pocztowy  -  Telefon kontaktowy

Czy Poszkodowany jest:  praworęczny  leworęczny

### 3. Dane identyfikacyjne Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Nazwisko  Imię

Adres e-mail  PESEL

Ulica  nr domu  nr mieszkania

Miejscowość  Kod pocztowy  -  Telefon kontaktowy

### 4. Wypadek

Data zdarzenia  Miejsce wypadku

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

### a) Oświadczenie o szczególnych okolicznościach zdarzenia


b) Czy w chwili zdarzenia Poszkodowany znajdował się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych? NIE  TAK

c) Czy do zdarzenia doszło w ramach treningów, meczów lub innych zajęć sportowych? NIE  TAK  jakich.....

d) Czy leczenie zostało zakończone?  
 TAK  data zakończenia leczenia  NIE  przewidywany termin zakończenia leczenia

e) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe?  
 TAK  NIE  dane adresowe:

f) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?  
 TAK  NIE  dane adresowe / sygnatura akt:

### g) Zakłady lecznicze, w których leczył się Ubezpieczony / Poszkodowany w związku z wypadkiem

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

### h) Upoważnienie Ubezpieczonego / 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 Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
	D D M M R R R R	

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

Nazwisko	Imię
Numer prawa jazdy	Numer rejestracyjny pojazdu kierowcy

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

- kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego / 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 wnioskuję 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 Ubezpieczonego / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
	D D M M R R R R	

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

Miejscowość	Data	Ubezpieczający – pieczęć, data i podpis
	D D M M R R R R	