

Jak należy zgłosić szkodę z NNW szkolnego.

Jakie dokumenty należy złożyć?

1. oświadczenie opisujące okoliczności zajścia zdarzenia (formularz na drugiej stronie)
2. oświadczenie Ubezpieczającego potwierdzające ochronę ubezpieczeniową w chwili zajścia zdarzenia (dotyczy polis grupowych w formie bezimiennej);
3. kopia dokumentu tożsamości osób uprawnionych do otrzymania świadczenia (w przypadku osoby nieletniej rodzica, opiekuna prawnego);
4. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pomocy medycznej po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego, karta informacyjna z ambulatorium urazowego przyszpitalnego lub inny dokument medyczny);
5. kopia dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia skutków doznanych urazów (karta leczenia szpitalnego, historia choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań);
6. numer rachunku bankowego Ubezpieczonego lub Opiekuna prawnego;

Zgromadzone dokumenty należy złożyć poprzez jedną z dwóch możliwości:

1. zeskanować i przesłać drogą elektroniczną na szkody.nnw@generali.pl lub szkody@bezpieczni.pl
2. listownie na adres:
Generali T.U. S.A.
Departament Centrum Likwidacji Szkód
ul. Postępu 15B
02-676 Warszawa

--

UWAGA!

W przypadku trudności w zgłaszaniu szkody zawsze możesz zwrócić się o pomoc wybierając jeden ze sposobów:

- Infolinia Generali [pn-pt 08:00-18:00]: 913 913 913*
- Infolinia Bezpieczni.pl [pn-pt 08:00-17:00]: (58) 718 92 53*
- SMS o treści "SZKODA" na nr 604 441 091*

Zgłoszenie roszczenia (Następstwa Niezszczęśliwych Wypadków Bezpoczni.pl)
1. Zgłoszenie dotyczy

- Urazu wskutek nieszczęśliwego wypadku
 Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku / udaru mózgu / zawału serca / wypadku komunikacyjnego / śmierci rodzica
 Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku / Pobytu w szpitalu wskutek choroby
 Kosztów leczenia i rehabilitacji
 Naprawy, wypożyczenia lub zakupu środków pomocniczych
 Poważnego zachorowania / Ugryzienia przez kleszcza

Numer polisy

Numer szkody

2. Dane identyfikacyjne Ubezpiezonego / 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 Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Nazwisko Imię
 Adres e-mail PESEL
 Ulica Nr domu Nr mieszkania
 Miejscowość Kod pocztowy Telefon kontaktowy

4. Dane dokumentu tożsamości Poszkodowanego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

Organ wydający Numer i seria dokumentu

5. Wypadek

Data zdarzenia Miejsce wypadku

a) Oświadczenie o szczegółowych okolicznościach zdarzenia

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

c) Czy leczenie zostało zakończone?

 TAK

Data zakończenia leczenia

 NIE

Przewidywany termin zakończenia leczenia

 d) Czy na miejscu zdarzenia była obecna Policja / Pogotowie Ratunkowe? TAK NIE

 Dane adresowe:

 e) Czy prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie? TAK NIE

 Dane adresowe / sygnatura akt:

f) 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="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>

g) Upoważnienie Ubezpiezonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego dla placówek medycznych

Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wnioszek 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 / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego
<input type="text"/>	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>	<input type="text"/>

6. Dokumenty wymagane w celu rozpatrzenia roszczenia

- kopia dowodu osobistego Ubezpiezonego / Opiekuna Prawnego / Akt Urodzenia
- kopia dowodu osobistego Uposażonego oraz Akt Zgonu Ubezpiezonego/Rodzica, w przypadku roszczenia z tytułu śmierci
- 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
- imienne faktury i rachunki – w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zwrotu kosztów leczenia, rehabilitacji i środków pomocniczych
- kopia notatki urzędowej Policji z miejsca zdarzenia, w przypadku wezwania Policji na miejsce zdarzenia
- kopia prawa jazdy / karty rowerowej / dowód rejestracyjny – w przypadku wypadków komunikacyjnych
- inne dokumenty wskazane przez Generali

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

7. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

przelew na rachunek bankowy

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

Adres e-mail

wyrażam zgodę na przysyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o świadczeniu

Numer telefonu

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpiezonego / Rodzica / Opiekuna Prawnego / Uposażonego

W PRZYPADKU, POLISY BEZIMIENNEJ

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

Miejscowość

Data

Ubezpieczający – pieczęćka, data i podpis