

Zgłoszenie roszczenia w trybie "48 godzin" (R04)

Zgłoszenie dotyczy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka | <input type="checkbox"/> śmierci Rodzica |
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną | <input type="checkbox"/> śmierci Teścia |
| <input type="checkbox"/> urodzenia Dziecka martwego | |

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Nazwisko rodowe	<input type="text"/>		
Imię	<input type="text"/>		

Adres korespondencyjny

Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>	Nr mieszkania	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Tel. kontaktowy	<input type="text"/>

Dane urodzonego Dziecka lub osoby Zmarłej /w zależności od zgłoszonego roszczenia/

Nazwisko	<input type="text"/>	Data urodzenia lub zgonu	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>		

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia /właściwe zaznaczyć/

<input type="checkbox"/> przelew na rachunek bankowy numer :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> przekaz pocztowy na adres Ubezpieczonego (podany powyżej)	
<input type="checkbox"/> przekaz pocztowy na adres /jeżeli jest inny niż korespondencyjny/	<input type="text"/>

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia /zaznaczyć załączone dokumenty/:

- urodzenie Dziecka

-
- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
-
-
- skan aktu urodzenia Dziecka

- urodzenia Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

-
- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
-
-
- skan aktu urodzenia Dziecka/Dzieci
-
-
- skan dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie wady wrodzonej dziecka

- urodzenie Dziecka martwego

-
- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
-
-
- skan aktu urodzenia Dziecka (z adnotacją "dziecko martwo urodzone")
-
-
- skan karty informacyjnej leczenia szpitalnego podczas, którego odbył się poród

- zgon Rodzica

-
- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
-
-
- skan aktu zgonu Rodzica

- zgon Teścia/Teściowej

-
- skan dowodu osobistego Ubezpieczonego
-
-
- skan dowodu osobistego Współmałżonka Ubezpieczonego
-
-
- skan aktu zgonu Teścia/Teściowej
-
-
- skan aktu małżeństwa Ubezpieczonego

W przypadku Umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dla małych i średnich firm do ww. dokumentów należy dołączyć dokumentację potwierdzającą wcześniejsze ubezpieczenie (certyfikat, deklaracja i zaświadczenie pracodawcy o warunkach wcześniejszej umowy ubezpieczenia)

Oświadczenie Ubezpieczonego

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe.

Miejscowość	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Podpis Ubezpieczonego	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------	----------------------	-----------------------	----------------------

 Wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkiej korespondencji w sprawie zgłoszonego roszczenia na wskazany adres emailowy.

 email
 Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany nr telefonu informacji o kwocie wypłaconego świadczenia.

 telefon

Miejscowość	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Podpis Ubezpieczonego	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------	----------------------	-----------------------	----------------------

Oświadczenie Pracodawcy

 Niniejszym zawiadamiam o zaistnieniu zdarzenia przewidzianego w zawartej Umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że udzielone poniżej odpowiedzi dotyczące Ubezpieczonego są kompletne i zgodne z prawdą. Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia: TAK NIE

Data zatrudnienia	<input type="text"/>	Data opłacenia ostatniej składki	<input type="text"/>	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej w imieniu Ubezpieczającego	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------	---	----------------------

Miejscowość	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------	----------------------

Generali Życie T.U.S.A.