



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Zgłoszenie roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (R01)

Zgłoszenie dotyczy:

- śmierci Ubezpieczonego
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
- śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu
- osierocenia Dziecka Ubezpieczonego

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nazwisko rodowe

PESEL

Dane Uposażonego

Nazwisko

Imię

Nazwisko rodowe

PESEL

Adres korespondencyjny Uposażonego

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Dane Dziecka osieroczonego

Lp.

Nazwisko

Imię

Data urodzenia
(dd-mm-rrrr)

Adres stałego zamieszkania
(ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)

Dane osoby zgłaszającej roszczenie

Nazwisko

Imię

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

Dane dotyczące zgłaszanego zdarzenia

Data śmierci Ubezpieczonego:

Przyczyna śmierci:

(proszę zaznaczyć odpowiednie pole oraz wypełnić tabelkę „Opis okoliczności (przyczyny) śmierci”)

- choroba
- nieszczęśliwy wypadek
- samobójstwo
- inne

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 17
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952.
Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341.

1-332-08.2013

Opis okoliczności (przyczyny) śmierci / rodzaj choroby

Empty box for describing the circumstances of death or type of disease.

Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie wyjaśniające?

TAK

NIE

Table with columns for institution (POLICJA, PROKURATURA), name and address, and signature.

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

Form for specifying the method of benefit payment: bank transfer, postal, or other.

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

w przypadku śmierci Ubezpieczonego:

- checkboxes for: copy of death certificate, ID, statistical card, or other documents.

w przypadku śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem dodatkowo:

- checkboxes for: copy of police/prosecution/court documentation, BHP protocol, or other.

w przypadku osierocenia Dziecka dodatkowo:

- checkboxes for: copy of child's birth certificate or other.

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

Oświadczenia Uposażonego/Zgłaszającego

1. Niniejszym oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe, zaś przedłożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkiej korespondencji w sprawie zgłoszonego roszczenia na wskazany adres e-mail.

e-mail address input field.

wyrażam zgodę na przesyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o przyznanim świadczeniu.

Telefon input field.

2. Oświadczam iż, zapoznałem/am się z treścią Regulaminu o świadczenie 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.

Miejscowość, Data, and Podpis input fields.

Oświadczenie Pracodawcy

Niniejszym zawiadamiam o zaistnieniu zdarzenia przewidzianego w zawartej Umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie udzielone poniżej odpowiedzi są kompletne i zgodne z prawdą.

TAK

NIE

PESEL input field.

Data zatrudnienia input field.

Data opłacenia ostatniej składki input field.

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej w imieniu Ubezpieczającego

Miejscowość and Data input fields.

Large empty box for stamp and signature.