



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Zgłoszenie roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (R01)

Zgłoszenie dotyczy: śmierci Ubezpieczonego

osierocenia Dziecka Ubezpieczonego

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć / Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Imię

Dane Uposażonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Adres korespondencyjny Uposażonego

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. komórkowy

Tel. kontaktowy

Dane Dziecka osieroczonego

Lp.

Nazwisko

Imię

Data urodzenia
(dd-mm-rrrr)

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

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

Dane osoby zgłaszającej roszczenie

Nazwisko

Imię

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. komórkowy

Tel. kontaktowy

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.

1-332-07.2008

Dane dotyczące zgłaszanego zdarzenia

Data śmierci Ubezpieczonego:

Grid for date of death: d d - m m - r r r r

Przyczyna śmierci:

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

- Choroba, nieszczęśliwy wypadek, nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji, nieszczęśliwy wypadek przy pracy, na skutek zawału serca lub udaru mózgu, samobójstwo, inne

Opis okoliczności (przyczyny) śmierci / rodzaj choroby

Large empty box for describing the circumstances of death or the type of illness.

Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie wyjaśniające?

TAK NIE

Table with 3 columns: Institution (POLICJA, PROKURATURA), Name and address, Signature.

Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia

Options for payment method: bank transfer (with grid for account number), postal transfer to beneficiary, postal transfer to address (with grid).

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia:

- Original death certificate, copy of ID, copy of statistical card, original beneficiary certificate, other documents

oraz dodatkowo w przypadku:

- Death caused by accident: police/prosecutor/court copy, BHP protocol, other. Orphan child: copy of birth certificate, other.

Wszelkie kopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem przez organ wydający dokument, Pracodawcę, notariusza lub etatowego pracownika Grupy Generali. Generali Życie T.U. S.A. zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji lub dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.

Oświadczenie Uposażonego/Zgłaszającego

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

Signature and date fields for the beneficiary/declarant.

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. Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia:

TAK NIE

PESEL, date of hire, and date of last contribution payment fields.

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej w imieniu Ubezpieczającego

Signature and date fields for the policyholder.