

## Zgłoszenie roszczenia w trybie 48 godzin (R04)

Zgłoszenie dotyczy:

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

Numer Polisy/certyfikatu

Pieczęć/Nazwa Ubezpieczającego

### Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Nazwisko rodowe

PESEL

Imię

### Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Tel. kontaktowy

### Dane urodzonego dziecka lub osoby Zmarłej/w zależności od zgłoszonego roszczenia/

Nazwisko

Imię

Data urodzenia lub zgonu

### Dyspozycja sposobu przekazania świadczenia/właściwe zaznaczyć/

- przelew na rachunek bankowy numer:
- przekaz pocztowy na adres Ubezpieczonego (podany powyżej)
- przekaz pocztowy na adres /jeśli jest inny niż korespondencyjny/

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

#### - urodzenie Dziecka

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan aktu urodzenia 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

#### - urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

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

#### - urodzenie Dziecka martwego rozszerzone o poronienie

- skan/kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego
- skan/kopia aktu urodzenia Dziecka (z adnotacją „dziecko martwo urodzone”)
- skan/kopia dokumentu medycznego potwierdzającego poronienie/w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poronienia

#### - 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 w dokumentację potwierdzającą wcześniejsze ubezpieczenie (certyfikat, deklaracja i zaświadczenia pracodawcy o warunkach wcześniejszej umowy ubezpieczenia)**

### Oświadczenie Ubezpieczonego

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

- wyrażam zgodę na przysyłanie wszelkiej korespondencji w sprawie zgłoszonego roszczenia na wskazany adres mailowy.

e-mail

- wyrażam zgodę na przysyłanie SMS na wskazany nr telefonu informacji o przyznanych świadczeniach.

Telefon

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. Zostałem/am także poinformowany/a, że treść Regulaminu jest dostępna na stronie <http://www.generali.pl>

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

**Oświadczenie Pracodawcy**

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

Data zatrudnienia

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

Data opłacenia ostatniej składki

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej w imieniu Ubezpieczającego

Miejscowość

Data

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---