

5. Oświadczenie Ubezpieczonego	Czy w chwili zdarzenia kierujący był trzeźwy? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Oświadczam, że w chwili wypadku byłem/am trzeźwy/a i nie byłem/am także pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających. <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Data i czytelny podpis </div>												
6. Obrażenia ciała doznane wskutek wypadku	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>												
7. Świadczenie wypadku	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; vertical-align: top;">1. Imię i nazwisko</td> <td style="border: 1px solid black; width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Adres</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">2. Imię i nazwisko</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Adres</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">3. Imię i nazwisko</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Adres</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	1. Imię i nazwisko		Adres		2. Imię i nazwisko		Adres		3. Imię i nazwisko		Adres	
1. Imię i nazwisko													
Adres													
2. Imię i nazwisko													
Adres													
3. Imię i nazwisko													
Adres													
8. Adres placówki, która udzieliła Ubezpieczonemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku	<div style="border: 1px solid black; width: 55%; height: 50px;"></div> <div style="float: right; margin-top: 10px;"> Data zgłoszenia się do leczenia <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Dzień Miesiąc Rok </div>												
9. Nazwa i adres zakładu leczniczego, w którym leczyl się Ubezpieczony po wypadku	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>												
10. Dane specjalisty prowadzącego leczenie	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>												
11. Czy leczenie zostało zakończone?	<div style="border: 1px solid black; width: 55%; height: 50px;"></div> <div style="float: right; margin-top: 10px;"> Data zakończenia leczenia <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Dzień Miesiąc Rok </div>												
12. Czy w związku z wypadkiem prowadzone jest dochodzenie śledcze lub postępowanie prokuratorskie? (nazwy i adresy instytucji)	<div style="border: 1px solid black; height: 120px;"></div>												
13. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> przekaz pocztowy na adres</td> <td style="border: 1px solid black; width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> rachunek bankowy w banku</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">numer</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> przekaz pocztowy na adres		<input type="checkbox"/> rachunek bankowy w banku		numer							
<input type="checkbox"/> przekaz pocztowy na adres													
<input type="checkbox"/> rachunek bankowy w banku													
numer													
14. Załączniki	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> dowód osobisty Ubezpieczonego (w przypadku osoby nieletniej, dowód osobisty jednego z rodziców lub prawnego opiekuna - strony: ze zdjęciem, z danymi dziećmi). <input type="checkbox"/> w razie wypadku komunikacyjnego prawo jazdy i dowód rejestracyjny pojazdu <input type="checkbox"/> inne <input style="width: 100px;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna odbytego leczenia <input type="checkbox"/> w przypadku śmierci Ubezpieczonego - akt zgonu, karta zgonu lub zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu, dowód tożsamości Uposażonego </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> dowód osobisty Ubezpieczonego (w przypadku osoby nieletniej, dowód osobisty jednego z rodziców lub prawnego opiekuna - strony: ze zdjęciem, z danymi dziećmi). <input type="checkbox"/> w razie wypadku komunikacyjnego prawo jazdy i dowód rejestracyjny pojazdu <input type="checkbox"/> inne <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna odbytego leczenia <input type="checkbox"/> w przypadku śmierci Ubezpieczonego - akt zgonu, karta zgonu lub zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu, dowód tożsamości Uposażonego										
<input type="checkbox"/> dowód osobisty Ubezpieczonego (w przypadku osoby nieletniej, dowód osobisty jednego z rodziców lub prawnego opiekuna - strony: ze zdjęciem, z danymi dziećmi). <input type="checkbox"/> w razie wypadku komunikacyjnego prawo jazdy i dowód rejestracyjny pojazdu <input type="checkbox"/> inne <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna odbytego leczenia <input type="checkbox"/> w przypadku śmierci Ubezpieczonego - akt zgonu, karta zgonu lub zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu, dowód tożsamości Uposażonego												
15. Oświadczenie	Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Generali wszelkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia u każdego lekarza i w każdej placówce służby zdrowia. Upoważniam lekarzy oraz wszelkie placówki służby zdrowia do udzielania Generali wszelkich informacji medycznych (związanych z leczeniem, pobytami w szpitalu, diagnostyką medyczną itd.) dotyczących mojego stanu zdrowia. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Generali informacji dotyczących mojej osoby w każdym innym zakładzie ubezpieczeń, w którym jestem/byłem(am) ubezpieczony(a).												
16. Na powyższe pytania odpowiedzieliśmy zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 50px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 50px;"></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ubezpieczony/Uposażony - data i podpis</td> <td style="text-align: center;">Ubezpieczający - data i podpis</td> <td style="text-align: center;">Pracownik Generali - data i podpis</td> </tr> </table>				Ubezpieczony/Uposażony - data i podpis	Ubezpieczający - data i podpis	Pracownik Generali - data i podpis						
Ubezpieczony/Uposażony - data i podpis	Ubezpieczający - data i podpis	Pracownik Generali - data i podpis											