

7. Świadkowie	Czy na miejscu zdarzenia byli obecni świadkowie? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
	Jeżeli tak, prosimy o wypełnienie:		
	1. Imię i nazwisko	<input type="text"/>	
	Adres: Ulica, numer	Kod pocztowy: <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
	2. Imię i nazwisko	<input type="text"/>	
	Adres: Ulica, numer	Kod pocztowy: <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
8. Obrażenia ciała	Obrażenia ciała odniesione w wyniku wypadku: 		
9. Zakłady lecznicze, w których Ubezpieczony leczyl się po wypadku	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	Kod pocztowy <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>	
	 (Podpis i pieczętka lekarza /udzielającego pierwszej pomocy)	
	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
	Adres zakładu	Kod pocztowy <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
	Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>	
	 (Podpis i pieczętka lekarza)	
	Nazwa zakładu	<input type="text"/>	
Adres zakładu	Kod pocztowy <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>	
Specjalista prowadzący leczenie	<input type="text"/>		
 (Podpis i pieczętka lekarza)		
10. Czy leczenie zostało zakończone?	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>
	Data zakończenia leczenia <input type="text"/>	Przewidywany termin zakończenia leczenia <input type="text"/>	
11. Upoważnienie dla placówek medycznych	Ja, niżej podpisany/a zam., upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej informacji dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. (miejscowość, data) (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego)		
12. Czy w związku z wypadkiem prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Policja	Nazwa i adres: sygn. akt	
	<input type="checkbox"/> Prokuratura	Nazwa i adres: sygn. akt	
13. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia	<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy na adres: <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania (jak w pkt. 2) <input type="checkbox"/> inny		
	<input type="checkbox"/> Przelew na rachunek banko nr konta	<input type="text"/>	
Na powyższe pytania odpowiedzieliśmy zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.			
Ubezpieczony / Opiekun prawny – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni /Uposażony – data i podpis	Ubezpieczający – pieczęć	Ubezpieczający – data i podpis	Pracownik Generali – data i podpis