

Załącznik nr 4 do Zasad obsługi ubezpieczenia

<p>8. Obrażenia ciała</p>	<p>Rodzaj zachorowania/obrażeń ciała:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; padding: 5px;"> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </div>																																					
<p>9. Zakłady lecznicze, w których Ubezpieczony leczył się w związku ze zdarzeniem</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nazwa zakładu</td> <td colspan="2"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Adres zakładu</td> <td>Kod pocztowy</td> <td>Miejscowość</td> </tr> <tr> <td>Specjalista prowadzący leczenie</td> <td colspan="2"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">..... (Podpis i pieczętka lekarza /udzielającego pierwszej pomocy)</td> </tr> <tr> <td>Nazwa zakładu</td> <td colspan="2"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Adres zakładu</td> <td>Kod pocztowy</td> <td>Miejscowość</td> </tr> <tr> <td>Specjalista prowadzący leczenie</td> <td colspan="2"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">..... (Podpis i pieczętka lekarza)</td> </tr> <tr> <td>Nazwa zakładu</td> <td colspan="2"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Adres zakładu</td> <td>Kod pocztowy</td> <td>Miejscowość</td> </tr> <tr> <td>Specjalista prowadzący leczenie</td> <td colspan="2"><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">..... (Podpis i pieczętka lekarza)</td> </tr> </table>		Nazwa zakładu	<input style="width: 90%;" type="text"/>		Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość	Specjalista prowadzący leczenie	<input style="width: 90%;" type="text"/>	 (Podpis i pieczętka lekarza /udzielającego pierwszej pomocy)			Nazwa zakładu	<input style="width: 90%;" type="text"/>		Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość	Specjalista prowadzący leczenie	<input style="width: 90%;" type="text"/>	 (Podpis i pieczętka lekarza)			Nazwa zakładu	<input style="width: 90%;" type="text"/>		Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość	Specjalista prowadzący leczenie	<input style="width: 90%;" type="text"/>	 (Podpis i pieczętka lekarza)		
Nazwa zakładu	<input style="width: 90%;" type="text"/>																																					
Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość																																				
Specjalista prowadzący leczenie	<input style="width: 90%;" type="text"/>																																					
..... (Podpis i pieczętka lekarza /udzielającego pierwszej pomocy)																																						
Nazwa zakładu	<input style="width: 90%;" type="text"/>																																					
Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość																																				
Specjalista prowadzący leczenie	<input style="width: 90%;" type="text"/>																																					
..... (Podpis i pieczętka lekarza)																																						
Nazwa zakładu	<input style="width: 90%;" type="text"/>																																					
Adres zakładu	Kod pocztowy	Miejscowość																																				
Specjalista prowadzący leczenie	<input style="width: 90%;" type="text"/>																																					
..... (Podpis i pieczętka lekarza)																																						
<p>10. Czy leczenie zostało zakończone?</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Data zakończenia leczenia <input style="width: 150px;" type="text" value="- -"/></p>	<p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Przewidywany termin zakończenia leczenia <input style="width: 150px;" type="text" value="- -"/></p>																																				
<p>11. Upoważnienie dla płatówek medycznych i dla Generali TU S.A.</p>	<p>Wyrażam zgodę i upoważniam BOŚ S.A. do przekazania Generali T.U. S.A. informacji objętych tajemnicą bankową w celu ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczeń z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i assistance medycznego dla posiadaczy i współposiadaczy rachunków oszczędnościowo – rozliczeniowych KONTO WYJATKOWE z pakietem produktów i usług START i KONTO WYJATKOWE z pakietem produktów i usług VIP w Banku Ochrony Środowiska Spółce Akcyjnej.</p> <p>Zostałem poinformowany, że Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (Generali), z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B, jest administratorem moich danych osobowych, które będą przetwarzane w celu wywiązania się z Umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i assistance medycznego dla posiadaczy i współposiadaczy rachunków oszczędnościowo – rozliczeniowych KONTO WYJATKOWE z pakietem produktów i usług, KONTO WYJATKOWE z pakietem produktów i usług START i KONTO WYJATKOWE z pakietem produktów i usług VIP prowadzonych w Banku Ochrony Środowiska Spółce Akcyjnej numer 80100000015, zawartej przez BOŚ S.A. na moją rzecz.</p> <p>Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych przez Generali w celach innych, niż cele prawnie usprawiedliwione – wymaga uzyskania mojej uprzedniej zgody.</p> <p>Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie zobowiązuję się do informowania BOŚ SA i Ubezpieczyciela o zachodzących zmianach odnośnie moich danych osobowych.</p> <p>.....</p> <p>(Podpis Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni) (miejscowość, data)</p>																																					
<p>12. Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Policja Nazwa i adres: sygn. akt</p> <p><input type="checkbox"/> Prokuratura Nazwa i adres: sygn. akt</p>																																					
<p>13. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia</p>	<p><input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy na adres: <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania (jak w pkt. 2) <input type="checkbox"/> inny</p> <p><input type="checkbox"/> Przelew na rachunek bank. <input style="width: 500px;" type="text" value="- - - - -"/></p>																																					
<p>Na powyższe pytania odpowiedzieliśmy zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.</p>																																						
<p>Data i podpis osoby uprawnionej do zgłoszenia szkody</p>	<p>Data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie szkody</p>																																					