

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ
CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I”
NINIEJSZEGO FORMULARZA



I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa placówki oświatowej (pieczęć), (w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko):

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

2. UBEZPIECZONY

Imię, nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane roszczenie:

Adres z kodem pocztowym:

Data urodzenia:

PESEL

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego

nazwa, adres pocztowy, nr telefonu

Uprawiana dyscyplina sportu Zawód wykonywany

3. UPRAWNIONY

Imię i nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIENIA CHOROBY

5. DATA ZGONU

Czy została wykonana sekcja zwłok (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

6.

1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do klubu/zespołu sportowego, sekcji sportowej?

3) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie

7.

Czy narząd (-y) opisane w pkt. 6 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby (zaznaczyć właściwe pole):

TAK NIE

8.

Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu (zaznaczyć właściwe pole):

TAK NIE

9.

Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

samochodu motocyklu roweru inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia:

10.

Dane jednostki Policji/Prokuratury/Sądu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było postępowanie:

11.

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku:

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej.

12.

Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia [][] - [][] - [][][][]

13.

Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia? (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE Jeżeli tak, proszę podać numer polisy

14.

Do zgłoszenia roszczenia dołączono (zaznaczyć właściwe pole):

- karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy oraz przebiegu leczenia,
- w przypadku wypadku komunikacyjnego – kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu,
- notatkę z Policji/wynik postępowania Prokuratury/Sądu,
- oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów,
- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- inne dokumenty

15.

Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie:

[][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
--------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Oświadczam:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group do zakładów opieki zerowolnej, które udzieliły lub będą udzielać świadczeń zerowolnych z wnioskami o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych o stanie zdrowia;
2. Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzeciej, przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia;
3. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejscowość, data:

podpis Ubezpieczonego lub powiernika

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy:

Okres ubezpieczenia: od [][] - [][] - [][][][] do [][] - [][] - [][][][]

Suma ubezpieczenia: zł słownie

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas:

- obowiązkowych zajęć szkolnych szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych
- zawodów (jakich?) pozaszkolnych klubów sportowych inne

Data urodzenia: [][] - [][] - [][][][]

Wysokość składki: zł słownie

Składkę opłacono do dnia: [][] - [][] - [][][][]

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejscowość, data:

podpis Ubezpieczającego

podaj wykładni oznaczony znakiem X

W razie woli otrzymania świadczenia przekazaniem gotówki prosimy o wskazanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”