

## 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 pocztowy, numer telefonu, adres e-mail*

2. Ubezpieczony *(osoba, której dotyczy zgłaszane roszczenie)*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Dokładny adres zamieszkania \_\_\_\_\_

*(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)*

3. Uprawniony *(w przypadku niepełnoletniego ubezpieczonego należy podać dane rodzica/opiekuna prawnego)*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Dokładny adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Dane kontaktowe \_\_\_\_\_

*(adres e-mail i numer telefonu)*

4. Data i miejsce nieszczęśliwego wypadku lub data ujawnienia choroby \_\_\_\_\_

5. Data zgonu \_\_\_\_\_ Czy została wykonana sekcja zwłok:  tak  nie

6. 1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do pozaszkolnego klubu sportowego? (jeśli tak należy podać nazwę) \_\_\_\_\_

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 (jeśli tak, należy wpisać datę diagnozy) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu \_\_\_\_\_

9. Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

13. Do zgłoszenie roszczenia dołączono ( - właściwe zaznaczyć „x”):

- 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/dokument potwierdzający rozstrzygnięcie podjęte przez Prokuraturę/Sąd w postępowaniu toczącym się w przedmiotowej sprawie,
- oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów,
- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- inne dokumenty: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie<sup>1</sup>:

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk S.A. Vienna Insurance Group do zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych 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.
4. Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji w sprawie likwidacji przedmiotowej szkody z użyciem poczty elektronicznej, na adres e-mail podany w formularzu lub w osobnej korespondencji w późniejszym czasie.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

<sup>1</sup> W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”

## II. Wypełnia placówka oświatowa

pieczęć

Seria i numer polisy: \_\_\_\_\_ Okres ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

Suma ubezpieczenia: \_\_\_\_\_ Wariant ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Ubezpieczonego: \_\_\_\_\_

Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu TAK/NIE\*

### Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas/w ramach:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> obowiązkowych zajęć szkolnych | <input type="checkbox"/> szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych |
| <input type="checkbox"/> zawodów (jakich?): _____      | <input type="checkbox"/> pozaszkolnych klubów sportowych            |
| <input type="checkbox"/> Inne                          | <input type="checkbox"/>  |

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Wysokość składki: \_\_\_\_\_

Składkę opłacono dnia: \_\_\_\_\_

*Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.*

*Miejscowość, data*

*Podpis*