ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

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 zgłoszenie 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[1]:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group do zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeńzdrowotnych 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 trzecie, przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
3. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na komunikowanie się z Panem/Panią w formie elektronicznej? ☐ TAK ☐ NIE
   Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane w tej formie.
   Proszę o podanie adresu e-mail: .....
   Czy chciałby Pan/chciałaby Pani odpowiedzi na reklamacje otrzymywać pocztą elektroniczną? ☐ TAK ☐ NIE
4. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

..... miejscowość, dnia

..... podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

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, dnia

..... pieczęć i podpis Ubezpieczającego

☒ pola wyboru oznaczyć znakiem X

[1] W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ"