

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

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

**OPIEKUN SZKOŁY
DAMIAN BIELAK
TEL. 534 897 977**

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

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,
- 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 świadczenie¹:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna 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 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:
4. 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.

.....
miejsowość, dnia

.....
podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

pola wyboru oznaczyć znakiem X

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