


# 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 (w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko):	NR POLISY:
	Adres z kodem pocztowym: .....	
	Nr telefonu:	
	Adres e-mail:	

### 2. UBEZPIECZONY

	Imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie:
	Adres z kodem pocztowym: .....
	Nr telefonu:
	Adres e-mail:


PESEL

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego:  
.....  
Nazwa, adres pocztowy, nr telefonu .....

Uprawiana dyscyplina sportu .....

Zawód wykonywany .....

### 3. UPRAWNIONY

	Imię, nazwisko:
	Adres z kodem pocztowym: .....
	Nr telefonu:
	Adres e-mail:

## OPIS ZDARZENIA

### 4. DATA I MIEJSCE WYPADKU / DATA UJAWNIENIA CHOROBY

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

### 5. DATA ZGONU

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

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 zejściem 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,
- notatkę z Policji/ dokument potwierdzający rozstrzygnięcie podjęte przez Prokuraturę/Sąd w postępowaniu toczącym się w przedmiotowej sprawie
- 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<sup>1</sup>:

OŚWIADCZENIA



1. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.

TAK  NIE

2. Czy wyraża Pan / Pani zgodę na komunikowanie się z Panem / Panią w formie elektronicznej?

Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane na adres e-mail podany przez Pana / Panią w części I niniejszego formularza.

TAK  NIE

3. Czy chciałby Pan / chciałaby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana / Panią w części I niniejszego formularza?

TAK  NIE

4. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

..... miejscowość, dnia .....

..... 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”