

numer szkody
kod produktu
numer polisy
okres ubezpieczenia

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS – Opcja Podstawowa

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

2. Ubezpieczony \_\_\_\_\_  
*imię, nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, nr telefonu, adres e-mail, PESEL*

Zawód wykonywany \_\_\_\_\_

Uprawiana dyscyplina sportu \_\_\_\_\_

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego \_\_\_\_\_  
*nazwa, adres pocztowy, nr telefonu*

3. Uprawniony\* \_\_\_\_\_  
*imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail*

4. Rodzaj świadczenia o jakie ubiega się Ubezpieczony / Uprawniony ( - właściwe zaznaczyć "x")

Uszczerbek na zdrowiu:	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku ataku padaczki	<input type="checkbox"/>
Śmierć:	- Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwych wypadków	<input type="checkbox"/>
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy		<input type="checkbox"/>
Pogryzienie przez psa		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów:		<input type="checkbox"/>
	- nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	Zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych (proszę podać koszt: .....	<input type="checkbox"/>

Pobyt w szpitalu: - w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- w wyniku choroby

Oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca

Śmierć: - Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego


5. Data i miejsce wypadku/ data ujawnienia choroby \_\_\_\_\_

6. Data zgonu \_\_\_\_\_ Czy została wykonana sekcja zwłok: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Czy narząd (-y) opisane w pkt. 7 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby \_\_\_\_\_

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

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

samochodu

motocyklu

roweru

inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia \_\_\_\_\_

11. Jeżeli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie karne lub cywilne, proszę podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji, prokuratury lub sądu, nr sprawy \_\_\_\_\_

12. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem lub oryginał do wglądu.*

13. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczył się \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone \_\_\_\_\_

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

15. Czy w związku z wypadkiem lub chorobą Ubezpieczony przebywał w szpitalu \_\_\_\_\_

Jeżeli tak, proszę podać okres pobytu w szpitalu \_\_\_\_\_

16. Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Jeżeli tak, proszę podać numer polisy \_\_\_\_\_

17. Do zgłoszenie roszczenia dołączono ( - właściwie zaznaczyć „X”):  
 kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego (-ych),  
 w przypadku wypadku komunikacyjnego – kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu,  
 raporty policyjne dotyczące wypadku, jeżeli zostały sporządzone lub kopia dokumentów z postępowania  
 organów dochodzeniowych,  
 karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,  
 historia choroby z placówki medycznej prowadzącej leczenie,  
 oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów,  
 akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,  
 inne dokumenty \_\_\_\_\_

18. Proszę zaznaczyć formę odbioru świadczenia ( - właściwie zaznaczyć „X”):

przekazem pocztowym, jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie kosztów przesyłki,

przelewem,

imię i nazwisko właściciela rachunku: .....

nr konta bankowego:

--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

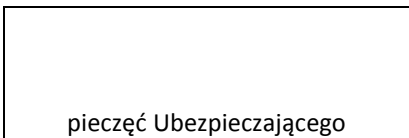
**Oświadczenia:**

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 trzecie, 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, dnia

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

**II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa**



Seria i numer polisy \_\_\_\_\_

Okres ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Suma ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Wariant ubezpieczenia \_\_\_\_\_

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

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Wysokość składki \_\_\_\_\_

Składkę opłacono dnia \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis Ubezpieczającego

-----  
miejsowość, data

.....  
Imię, nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie

.....  
Adres

Kopia / oryginał

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group Oddział w ..... na podstawie art. 16.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, potwierdza przyjęcie zgłoszenia roszczenia z dnia ..... z tytułu ubezpieczenia EDU PLUS.

Prosimy o dostarczenie następujących dokumentów:

kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego (-ych),  
w przypadku wypadku komunikacyjnego – kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu,  
raporty policyjne dotyczące wypadku, jeżeli zostały sporządzone, lub kopia dokumentów z postępowania organów dochodzeniowych,  
karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,  
historia choroby z placówki medycznej prowadzącej leczenie,  
oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów,  
akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,  
inne dokumenty \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis przedstawiciela InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

otrzymałem dnia: \_\_\_\_\_  
(podpis osoby zgłaszającej roszczenie)