

# 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 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 zgłoszenia 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:

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

Oświadczenia:

- 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.
- 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.
- 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
- 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

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