

numer szkody
kod produktu
numer polisy
okres ubezpieczenia

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS
– Opcja Ochrona, Opcja Ochrona 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), 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")

Śmierć: - Ubezpiezonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
- jednego lub obojga rodziców w następstwie NW	<input type="checkbox"/>
Zdiagnozowanie u Ubezpiezonego sepsy	<input type="checkbox"/>
Pogryzienie przez psa	<input type="checkbox"/>
Trwałe inwalidztwo częściowe	<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (proszę podać rodzaj wyrobów medycznych: środków pomocniczych:, koszt nabycia:)	<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych (proszę podać koszt:)	<input type="checkbox"/>
Złamanie jednej lub więcej kości (proszę podać rodzaj):.....	<input type="checkbox"/>

Zwichnięcie lub skręcenie stawu (proszę podać rodzaj):.....	
Rana wymagająca interwencji chirurgicznej (<i>ilość założonych szwów</i>)/Rany cięte, szarpane będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	
Uraz narządu ruchu (<i>okres unieruchomienia</i>)	
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	
Zakup wózka inwalidzkiego (<i>wysokość kosztów</i>)	
Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki	
Zatrucie gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenie prądem lub piorunem	
Inne uszkodzenia ciała, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej jednej wizyty kontrolnej	

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 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 TU 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.

miejsowość, dnia

podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy _____

pieczęć Ubezpieczającego

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.

miejsowość, data

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

pieczęć Oddziału InterRisk TU S.A.

Vienna Insurance Group

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 TU S.A. Vienna Insurance Group

otrzymałem dnia: _____
(podpis osoby zgłaszającej roszczenie)