

do umowy o świadczenie usług likwidacyjnych w zakresie roszczeń zgłoszonych z ubezpieczeń szkolnych

## 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 pocztowy, numer telefonu, adres e-mail

2. Ubezpieczony \_\_\_\_\_  
imię, nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane roszczenie, data urodzenia, adres pocztowy, 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 zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail

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

5. Data zgonu \_\_\_\_\_ Czy została wykonana sekcja zwłok:  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 zajęciem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby \_\_\_\_\_

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

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

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 \_\_\_\_\_

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

14. Do zgłoszenie roszczenia dołączono ( - właściwe zaznaczyć „x”):

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

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
----	------	------	------	------	------	------

**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.*
4. *Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji w sprawie likwidacji przedmiotowej szkody z użyciem poczty elektronicznej, na adres e-mail podany w formularzu lub w osobnej korespondencji w późniejszym czasie.*

..... Miejscowość, data
----------------------------

..... 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”

**II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa**

pieczęć Ubezpieczającego
--------------------------

Seria i numer polisy \_\_\_\_\_ Okres ubezpieczenia \_\_\_\_\_

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

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

Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu TAK/NIE\*

Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas / w ramach:

- obowiązkowych zajęć szkolnych       szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych  
 zawodów (jakich?) \_\_\_\_\_       pozaszkolnych klubów sportowych       Inne

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Wysokość składki \_\_\_\_\_

Składkę opłacono dnia \_\_\_\_\_

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

..... Miejscowość, data
----------------------------

..... Podpis Ubezpieczającego
----------------------------------

\* *niepotrzebne skreślić*