

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 zajściem 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 świadczenie¹:

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

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

¹ *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*