

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:	- 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"/>

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 ( - właściwe 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 ( - właściwe 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.*

\_\_\_\_\_

*miejsowość, dnia*

\_\_\_\_\_

*podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego*

**II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa**

<p>pieczęć Ubezpieczającego</p>
---------------------------------

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.*

\_\_\_\_\_

*miejsowość, data*

\_\_\_\_\_

*pieczęć i podpis Ubezpieczającego*

pieczęć Oddziału InterRisk 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 S.A. Vienna Insurance Group*

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