

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS – ŚWIADCZENIA DODATKOWE –

**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")

Pobyt w szpitalu:	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku choroby	<input type="checkbox"/>
Operacje:	- w wyniku choroby	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- plastyczne w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Poważne zachorowania (podać rodzaj).....		<input type="checkbox"/>
Oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>
Odmrożenia		<input type="checkbox"/>
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca		<input type="checkbox"/>
Zasiłek dzienny za każdy dzień pełnej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy od..... do.....		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów	- leczenia (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	- leczenia stomatologicznego (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
Śmierć:	- Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	<input type="checkbox"/>
Uciążliwość leczenia – pełna niezdolność do nauki lub pracy trwająca co najmniej 10 dni		<input type="checkbox"/>

4. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia: _____

5. Okres pobytu w szpitalu _____

1) Cel pobytu w szpitalu (- właściwe zaznaczyć „x”):

- leczniczy, w tym:

leczenie ostrych dolegliwości, leczenie choroby, leczenie urazów doznanych w wyniku NW,

- diagnostyczny lub obserwacyjny,

- operacja (rodzaj) _____

2) Rozpoznanie (rodzaj choroby): _____

3) Data skierowania do szpitala: _____

4) Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala, nazwa, adres placówki medycznej: _____

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 trzeciej, 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