

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 *(osoba, której dotyczy zgłaszane roszczenie)*

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Dokładny adres zamieszkania _____

(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

3. Uprawniony *(w przypadku niepełnoletniego ubezpieczonego należy podać dane rodzica/opiekuna prawnego)*

Imię i nazwisko _____

PESEL lub seria i nr dowodu osobistego _____

Dokładny adres zamieszkania _____

(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

Dane kontaktowe _____

(adres e-mail i numer telefonu)

4. Data i miejsce nieszczęśliwego wypadku lub 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 (podać dokładnie i wyczerpująco): _____

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do pozaszkolnego klubu sportowego? (jeśli tak należy podać nazwę) _____

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 (jeśli tak, należy wpisać datę diagnozy) _____

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. 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: _____

14. 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 Brak numeru rachunku bankowego spowoduje, że odbiór świadczenia będzie możliwy tylko osobiście w oddziale Banku Pekao SA.

II. Wypełnia placówka oświatowa

pieczęć

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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> obowiązkowych zajęć szkolnych | <input type="checkbox"/> szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych |
| <input type="checkbox"/> zawodów (jakich?): _____ | <input type="checkbox"/> pozaszkolnych klubów sportowych |
| <input type="checkbox"/> Inne | <input type="checkbox"/> |

Data urodzenia: _____ Wysokość składki: _____

Składkę opłacono dnia: _____

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Miejscowość, data

Podpis