

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA  
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA ZRYCZAŁTOWANYCH KOSZTÓW POGRZEBU**

(zastosowanie: Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COMPLEX – Klauzula Umowna 02, Klauzula Umowna 07,  
OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 02, Klauzula Umowna 06)

**OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNE WSZYSTKIE  
PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I” NINIEJSZEGO FORMULARZA**

**I. WYPEŁNIA UPRAWNIONY:**

1. Ubezpieczający: \_\_\_\_\_  
*nazwa instytucji, adres pocztowy, adres e-mail, telefon*

\_\_\_\_\_

2. Ubezpieczony: \_\_\_\_\_  
*imię nazwisko, adres pocztowy, data urodzenia*

\_\_\_\_\_

Uprawiana dyscyplina sportu: \_\_\_\_\_

Zawód wykonywany: \_\_\_\_\_

3. Uprawniony: \_\_\_\_\_  
*imię nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, seria i numer dowodu, adres e-mail, telefon*

\_\_\_\_\_

4. Członek rodziny Ubezpieczonego(wypełnić w przypadku zgonu członka rodziny): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stopień pokrewieństwa osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

5. Seria i numer polisy: \_\_\_\_\_

6. Okres ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

7. Udzielono pierwszej pomocy przez: \_\_\_\_\_

8. Data zgonu: \_\_\_\_\_

9. Przyczyna zgonu: \_\_\_\_\_

10. W przypadku prowadzenia w chwili wypadku przez Ubezpieczonego/ członka rodziny Ubezpieczonego\*  
(*niewłaściwe skreślić*) pojazdu mechanicznego podać numer i kategorię prawa jazdy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Czy Ubezpieczony/ członek rodziny Ubezpieczonego\* (*niewłaściwe skreślić*) w chwili wypadku był pod  
wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu: \_\_\_\_\_

12. Sposób realizacji wypłaty świadczenia ( - właściwe zaznaczyć „x”):

gotówką z kasy Oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group,

przekazem pocztowym, jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie kosztów przesyłki,

przelewem:

imię i nazwisko właściciela rachunku: .....

nr konta bankowego:

--	--	--	--	--	--	--

13. Załączono dokumenty (☐ - właściwe zaznaczyć „x”):

- w przypadku zgonu – akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za zmarłego,
- zaświadczenia lekarskie,
- karty informacyjne leczenia szpitalnego,
- kserokopię prawa jazdy Ubezpieczonego lub odpowiednich uprawnień i kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu mechanicznego w przypadku wypadku komunikacyjnego,
- kopia dokumentacji z postępowania organów dochodzeniowych,
- w przypadku wypadku przy pracy – protokół BHP,
- kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego/ ych,
- w przypadku zgonu rodzica współmałżonka (teścia) Ubezpieczonego:
  - kserokopię dowodu tożsamości współmałżonka Ubezpieczonego
  - aktualny odpis aktu małżeństwa,
- inne dokumenty: .....

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. Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Uprawnionego

**II. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (PRACODAWCA)**

pieczęć zakładu pracy

Seria i numer polisy.....  
Początek okresu ubezpieczenia.....  
Suma ubezpieczenia.....

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego.....
2. Data urodzenia.....
3. Data zatrudnienia.....
4. Podstawa zatrudnienia ( np. umowa o pracę, umowa zlecenie, itp.) .....
5. Data przystąpienia do ubezpieczenia.....
6. Data opłacenia pierwszej składki.....
7. Składkę za miesiąc (proszę podać miesiąc, w którym miało miejsce zdarzenie objęte ubezpieczeniem) .....opłacono dnia .....
8. Data rozwiązania stosunku pracy .....

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Ubezpieczającego