

pieczęć Oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

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

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group

InterRisk 
VIENNA INSURANCE GROUP

numer szkody

kod produktu

numer polisy

okres ubezpieczenia.....

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS - Opcja Ochrona

/Druk ma zastosowanie w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia EDU PLUS/

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 (*jeżeli Ubezpieczony jest niepełnoletni osobami Uprawnionymi są rodzice dziecka lub prawni opiekunowie)

4. RODZAJ ŚWIADCZENIA O JAKIE UBIEGA SIĘ UBEZPIECZONY / UPRAWNIONY (- właściwe zaznaczyć „x”):

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Śmierć: | - Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> |
| | - Ubezpieczonego w wyniku sepsy | <input type="checkbox"/> |
| | - jednego lub obojga rodziców w następstwie NW | <input type="checkbox"/> |
| Pogryzienie przez psa | | <input type="checkbox"/> |
| Trwałe inwalidztwo częściowe | | <input type="checkbox"/> |
| Złamania jednej lub więcej kości | | <input type="checkbox"/> |
| Rany wymagające interwencji chirurgicznej (ilość założonych szwów | | <input type="checkbox"/> |
| Urazy narządu ruchu (okres unieruchomienia | | <input type="checkbox"/> |
| sposób unieruchomienia | | <input type="checkbox"/> |
| Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku | | <input type="checkbox"/> |
| Zakup wózka inwalidzkiego (wysokość kosztów | | <input type="checkbox"/> |

5. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIEŃIA 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 Z WYPADKIEM LUB CHOROBA UBEZPIECZONY PRZEBYWAŁ W SZPITALU:

Jeżeli tak, proszę określić 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 ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA DOŁĄCZONO DOKUMENTY (- właściwie zaznaczyć „x”):

- kserokopię dowodu/-ów 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”):

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:

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, data

.....
podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

II. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY - PLACÓWKA OŚWIATOWA

.....
pieczęć Ubezpieczającego

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

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie

.....
Adres

pieczęć Oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

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