

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS  
– ŚWIADCZENIA DODATKOWE –**

/Druk ma zastosowanie w przypadku zgłoszenia 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. Ubezpieczony \_\_\_\_\_  
imię, nazwisko, PESEL

2. 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		<input type="checkbox"/>
Oparzenia		<input type="checkbox"/>
Odmrożenia		<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"/>
	- Ubezpieczonego w wyniku choroby	<input type="checkbox"/>

3. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia: \_\_\_\_\_

4. 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  
IR/SZ/EDU1/31

\_\_\_\_\_  
podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego