

pieczęć Oddziału InterRisk S.A.
Vienna Insurance Group



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW POWODUJĄCEGO ZGON

(zastosowanie: Pakiet Ubezpieczeń Osobowych – Opcja I, Opcja VII; Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COMPLEX – Klauzula Umowna 01, Klauzula Umowna 08, OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 01, Klauzula Umowna 07)

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZEŚCI „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. Współmałżonek (wypełniamy w przypadku zgonu współmałżonka): _____

Uprawiana dyscyplina sportu: _____

Zawód wykonywany: _____

5. Seria i numer polisy: _____

6. Okres ubezpieczenia: _____

7. Data, miejsce wystąpienia wypadku: _____

8. Udzielono pierwszej pomocy przez: _____

9. Data zgonu: _____

10. Przyczyna zgonu: _____

11. W przypadku prowadzenia w chwili wypadku przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego podać numer i kategorię prawa jazdy: _____

9. Czy Ubezpieczony/ współmałżonek Ubezpieczonego* (*niewłaściwe skreślić*) w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu: _____

10. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco):

11. Nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku: _____

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”):

- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za zmarłego,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku,
- karty informacyjne leczenia szpitalnego,
- kopia protokołu BHP w przypadku wypadku przy pracy,
- w przypadku wypadku komunikacyjnego - kserokopię prawa jazdy Ubezpieczonego/ współmałżonka Ubezpieczonego* (*niewłaściwe skreślić*) lub odpowiednich uprawnień i kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu mechanicznego,
- kopia dokumentu z postępowania organów dochodzeniowych,
- kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego/ ych,
- w przypadku zgonu 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