

pieczęć Oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

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

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

(zastosowanie: OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków; OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków AMULET; Pakiet Ubezpieczeń Osobowych Opcja II, Opcja III, Opcja V, Opcja VI, Opcja VII; OWU kosztów leczenia za granicą BON VOYAGE - Klauzula 4; OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków OCHRONA RODZINY)

I. WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ UPRAWNIONY:

1. UBEZPIECZAJĄCY:

Imię i nazwisko, nazwa instytucji:

Adres zamieszkania, adres e-mail, telefon:

2. UBEZPIECZONY:

Imię i nazwisko, data urodzenia:

Adres zamieszkania, adres e-mail, telefon:

Uprawiana dyscyplina sportu:

Zawód wykonywany:

3. UPRAWNIONY:

Imię i nazwisko, data urodzenia:

Adres zamieszkania, adres e-mail, telefon:

4. SERIA I NUMER POLISY:

5. OKRES UBEZPIECZENIA:

od -- do --

6. DATA, GODZINA I MIEJSCE WYSTĄPIENIA WYPADKU:

7. DATA ZGONU:

8. W PRZYPADKU PROWADZENIA W CHWILI WYPADKU PRZEZ UBEZPIECZONEGO POJAZDU MECHANICZNEGO, PODAĆ NUMER I KATEGORIĘ PRAWA JAZDY :

9. CZY UBEZPIECZONY W CHWILI WYPADKU BYŁ POD WPŁYWEM ALKOHOLU, NARKOTYKÓW LUB ŚRODKÓW O PODOBNYM DZIAŁANIU:

10. PRZYCZYNA, OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG WYPADKU, NAZWISKA I ADRESY EWENTUALNYCH ŚWIADKÓW WYPADKU

(podać dokładnie i wyczerpująco):

11. RODZAJ DOZNANYCH OBRAŻEŃ:

23. ZAŁĄCZONO DOKUMENTY (- właściwe zaznaczyć „x”):

- wszelkie zaświadczenia lekarskie związane z wypadkiem,
- kopia protokołu BHP w przypadku wypadku przy pracy,
- kserokopię prawa jazdy Ubezpieczonego i kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu w przypadku wypadku komunikacyjnego,
- kopia dokumentu postępowania organów dochodzeniowych,
- w przypadku trwałego inwalidztwa całkowitego - kopia orzeczenia lekarza ZUS lub KRUS uznająca inwalidztwo Ubezpieczonego za trwałe inwalidztwo całkowite,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku oraz dokumentację z przebiegu leczenia ambulatoryjnego,
- karty informacyjne leczenia szpitalnego,
- w przypadku zgonu - akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za zmarłego,
- kserokopię dowodu/-ów tożsamości Uprawnionego/-ych,
- 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.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

II. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (PRACODAWCA)

Dane lub pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy:

Początek okresu ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego:
2. Data urodzenia:
3. Data zatrudnienia w przypadku pracowniczych ubezpieczeń grupowych:
4. Podstawa zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, itp.)
5. Data przystąpienia do ubezpieczenia
6. Data rozwiązania stosunku pracy

Punkty 7, 8 i 9 prosimy wypełnić w przypadku płatności ratalnej

7. Data opłacenia pierwszej składki
8. Ostatnią składkę opłacono dnia za miesiąc
9. Czy za okres, w którym wystąpił wypadek składka została opłacona proszę podać datę opłaty składki

Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Ubezpieczającego