

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS**  
**– Opcja Ochrona, Opcja Ochrona PLUS**

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

**I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony**

1. Ubezpieczający \_\_\_\_\_  
*nazwa placówki oświatowej (pieczęć), (w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko),*

\_\_\_\_\_  
*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*

4. Rodzaj świadczenia o jakie ubiega się Ubezpieczony / Uprawniony (☐ - właściwe zaznaczyć "x")

Śmierć:	- Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy		<input type="checkbox"/>
Pogryzienie przez psa		<input type="checkbox"/>
Trwałe inwalidztwo częściowe		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (proszę podać rodzaj wyrobów medycznych/ środków pomocniczych: ..... ....., koszt nabycia: .....)		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych (wysokość kosztów: .....)		<input type="checkbox"/>
Złamanie jednej lub więcej kości (proszę podać rozpoznanie.....)		<input type="checkbox"/>
Zwichnięcie lub skręcenie stawu (proszę podać rozpoznanie.....)		<input type="checkbox"/>
Rana będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku (ilość założonych szwów.....)		<input type="checkbox"/>
Uraz narządu ruchu (okres unieruchomienia.....)		<input type="checkbox"/>
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>
Zakup wózka inwalidzkiego (wysokość kosztów.....)		<input type="checkbox"/>

Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki

Zatrucie gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenie prądem lub piorunem

Inne uszkodzenia ciała, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej jednej wizyty kontrolnej


5. Data i miejsce wypadku/ data zdiagnozowania 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, nazwa i adres placówki medycznej \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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. Czy w związku z wypadkiem było prowadzone postępowanie organów dochodzeniowych bądź postępowanie karne lub cywilne: \_\_\_\_\_

Jeżeli tak, 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.*

13. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone \_\_\_\_\_

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_

14. Czy w związku z wypadkiem lub chorobą Ubezpieczony przebywał w szpitalu \_\_\_\_\_

Jeżeli tak, proszę podać okres pobytu w szpitalu \_\_\_\_\_

15. Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Jeżeli tak, proszę podać numer polisy \_\_\_\_\_

16. Do zgłoszenie roszczenia dołączono (☐ - właściwe zaznaczyć „x”):

- 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 \_\_\_\_\_

17. Proszę zaznaczyć formę odbioru świadczenia (☐ - właściwe zaznaczyć „x”):

- 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 TU 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.

\_\_\_\_\_ miejscowość, dnia

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

## II. Wypełnia Ubezpieczający (w przypadku ubezpieczenia grupowego – placówka oświatowa)

pieczęć Ubezpieczającego
--------------------------

Seria i numer polisy \_\_\_\_\_

Okres ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Opcja ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Suma ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Wysokość składki \_\_\_\_\_ Składkę opłacono dnia \_\_\_\_\_

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis Ubezpieczającego