

numer szkody
kod produktu
numer polisy
okres ubezpieczenia

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS – Opcja Podstawowa

**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), 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")

Uszczerbek na zdrowiu:	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku ataku padaczki	<input type="checkbox"/>
Śmierć:	- Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwych wypadków	<input type="checkbox"/>
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy		<input type="checkbox"/>
Pogryzienie przez psa		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów:	- nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	Zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych (proszę podać koszt:))	<input type="checkbox"/>

5. Data i miejsce wypadku/ data ujawnienia 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 wypadkiem lub chorobą Ubezpieczony przebywał w szpitalu _____
Jeżeli tak, proszę podać 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 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,

miejsowość, data

.....
Imię, nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie

.....
Adres

.....
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)