

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
W PLACÓWKACH OŚWIATOWYCH
WARIANT OCHRONA**

numer szkody

kod produktu

1. Wypełnia Ubezpieczający - wypełnia placówka oświatowa

pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy Okres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia Wariant ubezpieczenia

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis Ubezpieczającego

2. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

**OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST BEZWZGLĘDNIE DOSTARCZYĆ DO
ZGŁOSZENIA KSEROKOPIĘ HISTORII CHOROBY ORAZ WSZELKIEJ INNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Ubezpieczony (poszkodowany)
(imię i nazwisko, data urodzenia)

nr. telefonu, adres zamieszkania, adres e-mail

Zawód wykonywany

Czy doznany uraz powstał w trakcie wykonywanych zajęć związanych z przynależnością do klubu sportowego (podać adres i nazwę klubu)?

2. Uprawniony (rodzice, opiekunowie, inni)
(imię i nazwisko)

3. Data i miejsce wypadku (zgonu)

4. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco)

5. Czy ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu

6. Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku

7. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczył się po wypadku:.....

8. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony przebywał w szpitalu

Jeżeli tak, proszę określić okres pobytu w szpitalu

9. Jeżeli w związku z wypadkiem wystąpiła u ubezpieczonego konieczność unieruchomienia kończyny, proszę podać jaki środek medyczny zastosowano przy unieruchomieniu i na jak długi okres kończyna była unieruchomiona

10. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony był poddany operacji

Jeśli tak, proszę określić jej rodzaj

11. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony został poddany chirurgicznemu założeniu szwów

Jeśli tak, proszę podać ich ilość

12. Jeżeli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie karne lub cywilne, proszę podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji, prokuratury lub sądu

13. W przypadku zgonu rodzica (-ów) proszę podać przyczynę zgonu

14. Czy obrażenia ciała powstały w związku z pogryzieniem Ubezpieczonego przez psa

15. W przypadku wystąpienia wypadku w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu (samochód, motocykl, inne) proszę dostarczyć kserokopię dokumentów uprawniających do prowadzenia tego pojazdu

13. Do zgłoszenia roszczenia dołączono (właściwie zaznaczyć „x”):

- ☐ akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- ☐ kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego (-ych)
- ☐ w przypadku wypadku komunikacyjnego - kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu,
- ☐ raporty policyjne dotyczące wypadku, jeśli zostały sporządzone,
- ☐ karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia szpitalne,
- ☐ historia choroby z placówki medycznej prowadzącej leczenie,
- ☐ inne dokumenty

14. Proszę zaznaczyć formę odbioru zaświadczenia (właściwe zaznaczyć „x”):

- ☐ gotówką z kasy oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group,
- ☐ czekiem, (imię i nazwisko wypłacającego....., PESEL
- ☐ przelewem,

imię i nazwisko właściciela rachunku:

nr konta bankowego:

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej. Tak (.....) / Nie (.....)

2. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na komunikowanie się z Panem/Panią w formie elektronicznej?

Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane na adres e-mail podany przez Pana/Panią w części I niniejszego formularza. Tak (....) / Nie (....)

3. Czy chciałby Pan/chciałaby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana/Panią w części I niniejszego formularza?
Tak (....) / Nie (....)

4. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejscowość, dnia

podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego