

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU 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):

Zespół Szkół nr XXX

Adres z kodem pocztowym: 21-003 Białowieża

Nr telefonu: 81-532-33-66

Adres e-mail: ZSXX@ww.pl

2. UBEZPIECZONY

Imię, nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane roszczenie: Jan Kowalski

Adres z kodem pocztowym: 21-003 Ciecierzyn

Data urodzenia: 18 - 11 - 1977

PESEL 77111900776

Nr telefonu:

Adres e-mail: jan.kowalski@wp.pl

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego Nie dotyczy

nazwa, adres pocztowy, nr telefonu

Uprawiana dyscyplina sportu Zawód wykonywany.....

3. UPRAWNIONY

Imię i nazwisko: Anna Kowalska

Adres z kodem pocztowym: 21-003 Ciecierzyn

Nr telefonu: 666 555 444

Adres e-mail: anna.kowalska@wp.pl

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIEŃ CHOROBY

05 - 09 - 2016

5. DATA ZGONU

- - Czy została wykonana sekcja zwłok (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

6.

1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)

Potknięcie się o wystający konar w czasie biegu, świadek: Paweł Walczak, złamanie kości piszczelowej prawej nogi.

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do klubu/zespołu sportowego, sekcji sportowej? Nie

3) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie
Złamanie kości piszczelowej prawej nogi, leczenie w SPZOZ w Lublinie na ul. Jaczewskiego, dr. Jan Konieczny, pierwsza pomoc.

Dalsze leczenie w Przychodni XXXX na ul. Narutowicza, dr. Jan Zamojski, usztywnienie w pistacji gipsu.

7.

Czy narząd (-y) opisane w pkt. 6 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby (zaznaczyć właściwe pole):

TAK NIE

8.

Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu (zaznaczyć właściwe pole):

TAK NIE

9.

Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

samochodu motocyklu roweru inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia:

10.

Dane jednostki Policji/Prokuratury/Sądu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było postępowanie:

Nie dotyczy

11.

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku: **SPZOZ w Lublinie, Ul. Jaczewskiego**
Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej.

12.

Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIEJeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia - -

13.

Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach
innego ubezpieczenia? (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE Jeżeli tak, proszę podać numer polisy

14.

Do zgłoszenie roszczenia dołączono (zaznaczyć właściwe pole):

 karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie, dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy oraz przebiegu leczenia, w przypadku wypadku komunikacyjnego – kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu, notatkę z Policji/wynik postępowania Prokuratury/Sądu, oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów, akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą, inne dokumenty

15.

Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie¹:

Oświadczenia:

- Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna 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.
- 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.
- Czy wyraża Pan/Pani zgodę na komunikowanie się z Panem/Panią w formie elektronicznej? TAK NIE
Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane w tej formie.
Proszę o podanie adresu e-mail: **anna.kowalska@wp.pl**
- Czy chciałby Pan/chciałaby Pani odpowiedzi na reklamacje otrzymywać pocztą elektroniczną? TAK NIE
- Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Lublin, 09.09.2016

miejsowość, dnia

Anna Kowalska

podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy:

Okres ubezpieczenia: od - - do - -

Suma ubezpieczenia: zł słownie

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas:

 obowiązkowych zajęć szkolnych szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych zawodów (jakich?) pozaszkolnych klubów sportowych inneData urodzenia: - -

Wysokość składki: zł słownie

Składkę opłacono do dnia: - -

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

WYPEŁNIA JEDNOSTKA OŚWIATOWA

miejsowość, dnia

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

 pola wyboru oznaczyć znakiem X¹ W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”