

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

WZDOR



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):

Pieczątka szkoły

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

2. UBEZPIECZONY

Imię, nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane roszczenie:

MAS KOWALSKI (UCZEŃ)

Adres z kodem pocztowym:

ul. ŻŁOTA 4

00-001 WARSZAWA

Data urodzenia:

01 - 01 - 1999

PESEL:

99010101010

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego

nazwa, adres pocztowy, nr telefonu

Uprawiana dyscyplina sportu

Zawód wykonywany

3. UPRAWNIONY

Imię i nazwisko:

Anna KOWALSKA

Adres z kodem pocztowym:

ul. ŻŁOTA 1, 00-001 WARSZAWA

Nr telefonu:

667 - 001 - 001

Adres e-mail:

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIENIA CHOROBY

01 - 09 - 2015

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)

W dniu 01.09.2015r. ok. godz. 14:00 waga klucza
maszyn. sym. został uszkodzony i porzucony przez
osobę. Pierwszej pomocy udzielony szpital i szpital

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

nie dotyczy

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):

samochodu

motocyklu

roweru

inne

TAK NIE

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia.

10.

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

11.

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku: **Szpital Socelazek**

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej.

12.

Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia **05-10-2015**

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 zgłoszenia 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 Ubezpiezonego za osobę zmarłą,

inne dokumenty

15.

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

85 1240 1819 7938 0001 0001 0001

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

Socelazek

miejsowość, dnia

Anna Kasolka

podpis Ubezpiezonego /Uprawnionego

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy:

Okres ubezpieczenia: od [] - [] - [] do [] - [] - []

Suma ubezpieczenia: zł słownie

Imię i nazwisko Ubezpiezonego:

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

inne

Data urodzenia: [] - [] - []

Wysokość składki: zł słownie

Składkę opłacono do dnia: [] - [] - []

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejsowość, dnia

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

pola wyboru oznaczyć znakiem X

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