

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):

PIECZATKA SZKOŁY

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

2. UBEZPIECZONY

Imię, nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane roszczenie:

JAN KOWALSKI

Adres z kodem pocztowym:

37-710 ŻURAWICA UL. JANA PAWŁA II 36

Data urodzenia:

19-02-2000

PESEL

00021416178

Nr telefonu:

743222897

Adres e-mail:

jaga287-3@gmail.com

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego

nazwa, adres pocztowy, nr telefonu

Uprawiana dyscyplina sportu

Zawód wykonywany

3. UPRAWNIONY

Imię i nazwisko:

BARBARA KOWALSKA

Adres z kodem pocztowym:

37-710 ŻURAWICA UL. JANA PAWŁA II 36

Nr telefonu:

743222897

Adres e-mail:

jaga287-3@gmail.com

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIEŃ CHOROBY

18-07-2016

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)

SYN MAREK ROWEREM CHŁĄC
OMINAC WYBIEGĄJĄCE DZIECKO GWALTOWNIE STRECIK.
TRACIĆ RÓWNOWAGĘ PRZEWRAĆ SIĘ DOZNATC URĄZU
SKRĘCENIA I, NADERWANIA STAWU KOŁANOWEGO, LICZNYCH
OTARC NASKÓRKA ORAZ RANY CIĘTEJ OKOLICY CZOKONEJ.

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

NIE

3) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie

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 Ubezpiezonego 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:

11.

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku: *17BA PDZYGJC' ul. SPITALNA 2 37-700 PERZYSKO*
 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 - -

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 świadczenie:

22 4371 2896 5487 0000 1111 8242

Oświadczam:

- 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: *jagor287-30@gmail.com*
 Czy chciałby Pan/chciałaby Pani odpowiedzieć na reklamację otrzymywać pocztą elektroniczną? ☒ TAK ☐ NIE
- Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

ŁURADICA 18.07.2016
 miejscowość, dnia

Barbara Kowalska
 podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy:	<i>EDUS-A/P 4873</i>	<i>WYPEŁNIA SZKOŁA</i>
Okres ubezpieczenia:	od <i>01-08-2015</i> do <i>31-08-2016</i>	
Suma ubezpieczenia:	<i>15500</i> zł słownie <i>piętnoście tysięcy pięset i 00/100</i>	
Imię i nazwisko Ubezpieczonego:	<i>TAN KOWALSKI</i>	
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:	<i>14-02-2000</i>	
Wysokość składki:	<i>42</i> zł słownie <i>czterdzieści dwa i 00/100</i>	
Składkę opłacono do dnia:	<i>31-10-2015</i>	

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

ŁURADICA 18.07.2016
 miejscowość, dnia

PIECZĄTKA SZKOŁY
 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”