

**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 (właściwe 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.

miejsceowość, dnia

podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego