

**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
 Jeżeli tak, proszę określić jej rodzaj
 11. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony został poddany chirurgicznemu założeniu szwów
 Jeżeli 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,
- przelewem,
 imię i nazwisko właściciela rachunku:
 nr konta bankowego:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

- przekazem pocztowym, jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie kosztów przesyłki.

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk S.A. 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.
2. Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzeciej, przez InterRisk S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
3. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
 miejscowość, data

.....
 podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego