

# 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):

Szkoła Podstawowa nr 1 w Warszawie (dane wypełnione są na każdym druku automatycznie)

Adres z kodem pocztowym: 01-234 Warszawa, ul. Ubezpieczeniowa 1

Nr telefonu: 11-222-33-44

Adres e-mail: sekretariat@szkola.pl

### 2. UBEZPIECZONY

Imię, nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane roszczenie: Adam Kowalski (wpisujemy dane osoby, która uległa wypadkowi)

Adres z kodem pocztowym: 01-234 Warszawa, ul. Wypadkowa 1/1 (wpisujemy adres osoby, która uległa wypadkowi)

Data urodzenia: 0 1 - 0 1 - 2 0 0 0

PESEL 0 0 0 1 0 1 2 3 4 5 6

Nr telefonu: 555-666-777

Adres e-mail: adam.kowalski@uczen.pl

(podanie numeru telefonu i e-maila ułatwi komunikację w sprawie szkody)

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego ..... (należy wypełnić jeśli dziecko uczęszcza do profesjonalnego klubu sportowego)

nazwa, adres pocztowy, nr telefonu .....

Uprawiana dyscyplina sportu ..... Zawód wykonywany.....

### 3. UPRAWNIONY

Imię i nazwisko: Piotr Kowalski

(podajemy dane prawnego opiekuna jeśli dziecko nie ukończyło 18 lat ; jeśli jest pełnoletnie, to wpisuje tutaj swoje dane)

Adres z kodem pocztowym: 01-234 Warszawa, ul. Wypadkowa 1/1

Nr telefonu: 555-666-777

Adres e-mail: piotr.kowalski@rodzic.pl

### 4. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIECIA CHOROBY

2 2 - 1 0 - 2 0 1 6

### 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) Mój syn Adam Kowalski podczas schodzenia po schodach ze swojego pokoju (na piętrze) do salonu (na parterze) poślizgnął się i spadł z mniej więcej połowy schodów. W wyniku upadku doznał ogólnych potłuczeń ciała oraz złamania kości przedramienia prawej ręki. Syna zawiozłem na izbę przyjęć do szpitala gdzie udzielono mu pierwszej pomocy i założono gips. Ponadto syn doznał wstrząsu mózgu i był hospitalizowany w szpitalu przez 3 dni.

Świadkowie: Ojciec - Piotr Kowalski, 01-234 Warszawa, ul. Wypadkowa 1/1, telefon: 555-666-777

Sąsiad - Tadeusz Nowak, 01-234 Warszawa, ul. Świadkowa 1/1, telefon: 800-111-222

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 .....

### 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:

11.

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku: Szpital Wojewódzki w Warszawie, ul. Szpitalna 1  
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 01 - 12 - 2016 (przybliżony termin / sugerowany przez lekarza)

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 (należy wypełnić jeśli dziecko jest chronione również np. polisą rodzica w pracy)

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 ..kopia dowodu osobistego

15.

Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie<sup>1</sup>:

(jeśli pieniądze chcemy otrzymać przekazem, to należy w poniższym polu wpisać "PRZEKAZ")

1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4 5 5 5 5 6 6 6 6 7 7 7 7

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.

Warszawa 01.11.2016

miejsowość, dnia

Piotr Kowalski

podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

## II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

W przypadku ubezpieczenia zawartego przez Radę Rodziców poniższe rubryki wypełnia ubezpieczony

Seria i numer polisy: EDU-A/P 012345

Okres ubezpieczenia: od 01 - 09 - 2016 do 31 - 08 - 2017

Suma ubezpieczenia: 12.000 zł słownie dwanaście tysięcy złotych, 00/100,

Imię i nazwisko Ubezpieczonego: Adam Kowalski

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: 01 - 01 - 2000

Wysokość składki: 30,00 zł słownie trzydzieści złotych, 00/100

Składkę opłacono do dnia: 30 - 10 - 2016

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

W przypadku ubezpieczenia zawartego przez Radę Rodziców poniższy podpis nie jest wymagany

Warszawa 01.11.2016

miejsowość, dnia

Podpis pracownika szkoły i pieczęć szkoły

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

 pola wyboru oznaczyć znakiem X

<sup>1</sup> W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”