

**InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**

Vienna Insurance Group

III Oddział Warszawa

01-793 Warszawa, ul. Rydygiera 21

tel. (022) 631 31 95-97, fax (022) 888 03 02

NIP 526-00-38-806

pieczęć Oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

(4b)

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Vienna Insurance Group

**InterRisk**  
VIENNA INSURANCE GROUP

numer szkody .....

kod produktu .....

numer polisy .....

okres ubezpieczenia.....

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST  
WYPEŁNIĆ CZYTELNIĘ WSZYSTKIE PUNKTY  
ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I” NINIEJSZEGO FORMULARZA**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA**

Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS - Opcja Podstawowa

/Druk ma zastosowanie w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia EDU PLUS/

**I. WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/UPRAWNIONY:****1. UBEZPIECZAJĄCY:**

nazwa placówki oświatowej (pieczęć), adres pocztowy, numer telefonu, adres e-mail:

**2. UBEZPIECZONY:**

imię, nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, nr telefonu, adres e-mail, PESEL:

Zawód wykonywany:

Uprawiana dyscyplina sportu:

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego (nazwa, adres pocztowy, nr telefonu):

**3. UPRAWNIONY\*:**

imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail (\*jeżeli Ubezpieczony jest niepełnoletni osobami Uprawnionymi są rodzice dziecka lub prawni opiekunowie)

**4. RODZAJ ŚWIADCZENIA O JAKIE UBIEGA SIĘ UBEZPIECZONY / UPRAWNIONY (  - właściwe zaznaczyć „x”):**Uszczerbek na zdrowiu: - w wyniku nieszczęśliwego wypadku - w wyniku ataku padaczki 

Śmierć:

- Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - Ubezpieczonego w wyniku sepsy - jednego lub obojga rodziców w następstwie nieszczęśliwych wypadków Pogryzienie przez psa 

Zwrot kosztów:

- nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami  
ortopedycznymi i środków pomocniczych (rodzaj i wysokość  
kosztów .....- przeszkolenia zawodowego inwalidów (rodzaj i wysokość  
kosztów .....**5. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIEŃIA CHOROBY****6. DATA ZGONU****CZY ZOSTAŁA WYKONANA SEKCJA ZWŁOK:**

7. 1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)

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

8. CZY NARZĄD (-Y) OPISANE W PKT. 7 BYŁ (-Y) USZKODZONY (-E) PRZED ZAJŚCIEM ZDARZENIA W WYNIKU WYPADKU LUB CHOROBY:

9. CZY UBEZPIECZONY BYŁ W CHWILI WYPADKU POD WPŁYWEM ALKOHOLU, NARKOTYKÓW LUB INNYCH ŚRODKÓW O PODOBNYM DZIAŁANIU:

10. CZY DO WYPADKU DOSZŁO W CHWILI PROWADZENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO POJAZDU

- samochodu     motocyklu     roweru     inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia

11. JEŻELI W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM JEST PROWADZONE POSTĘPOWANIE KARNE LUB CYWILNE, PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I ADRES ODPOWIEDNIEJ JEDNOSTKI POLICJI, PROKURATURY LUB SĄDU, NR SPRAWY:

12. KTO I GDZIE UDZIELIŁ UBEZPIECZONEMU PIERWSZEJ POMOCY BEZPOŚREDNIO PO WYPADKU:

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem lub oryginał do wglądu.

13. PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I ADRES PLACÓWKI MEDYCZNEJ, W KTÓREJ UBEZPIECZONY LECZYŁ SIĘ:

14. CZY LECZENIE (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) ZOSTAŁO ZAKOŃCZONE:

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia:

15. CZY W ZWIĄZKU Z WYPADKIEM LUB CHOROBA UBEZPIECZONY PRZEBYWAŁ W SZPITALU:

Jeżeli tak, proszę określić okres pobytu w szpitalu:

16. CZY UBEZPIECZONY JEST UPRAWNIONY DO WYSTĘPOWANIA Z ROSZCZENIEM O ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RAMACH INNEGO UBEZPIECZENIA

Jeżeli tak, proszę podać numer polisy:

17. DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA DOŁĄCZONO DOKUMENTY (  - właściwie zaznaczyć „x”):

- kserokopię dowodu/ów tożsamości Uprawnionego/-ych,
- w przypadku wypadku komunikacyjnego - kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu,
- raporty policyjne dotyczące wypadku, jeżeli zostały sporządzone lub kopia dokumentów z postępowania organów dochodzeniowych,
- karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,
- historia choroby z placówki medycznej prowadzącej leczenie,
- oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów,
- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- inne dokumenty: .....

