

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):

PIECZĄTKA 5214014

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

2. UBEZPIECZONY

Imię, nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane roszczenie:

JAS HÓWALSKI

Adres z kodem pocztowym:

UL. JANA PAWŁA II 36, 37-200 PRZEWORSK

Data urodzenia:

14-02-2000

PESEL

00001416178

Nr telefonu:

743222897

Adres e-mail:

jag00101283@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 HÓWALSKA

Adres z kodem pocztowym:

UL. JANA PAWŁA II 36, 37-200 PRZEWORSK

Nr telefonu:

743222897

Adres e-mail:

jag00101283@gmail.com

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIECIA CHOROBY

18-09-2017

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 WSIADAJĄC DO AUTOBUSU
ZESŁIZONA SIĘ Z KRAWĘŻNIA CHODNIA DOZNATŁ URAZ
SIĘCZENIA I NADERWANIA STAWU SIOMOWEGO PRAWEGO

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: *DBA PRZYJĘĆ UL. SZPITALNA 2*
 Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej. *37-200 PRZEWORSKI*

12.

Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone (zaznaczyć właściwe pole): ☒ TAK ☐ NIEJeżeli 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 świadczenie¹:

22	4371	2896	5487	0000	1111	0000
----	------	------	------	------	------	------

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: *jagodka2836@gmail.com*
 Czy chciałby Pan/chciałaby Pani odpowiedzi na reklamacje otrzymywać pocztą elektroniczną? ☒ TAK ☐ NIE
- Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Przeworsk 18.10.2017
 miejscowość, dnia

Zdzisław Howalski
 podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy: *EDU-A/P.....*Okres ubezpieczenia: od *01-09-2017* do *31-08-2018*

Suma ubezpieczenia: zł słownie

Imię i nazwisko Ubezpieczonego: *JAGÓDKA*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: *14-02-2000*

Wysokość składki: zł słownie

Składkę opłacono do dnia: *31-10-2017*

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Przeworsk 18.10.2017
 miejscowość, dnia

PIECZATKA DYREKTORA
 pieczęć i podpis Ubezpieczającego
PODPIS

☒ pola wyboru oznaczyć znakiem X¹ W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”