

Dane jednostki Policji/Prokuratury/Sądu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było postępowanie:

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku:

12.

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia

Czy Ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu несчастного wypadku w ramach innego ubezpieczenia? (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE Jeżeli tak, proszę podać numer polisy

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

Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie:

1. 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.

2. 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.

3. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Okres ubezpieczenia: od _____ do _____

Suma ubezpieczenia: zł słownie

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu (zaznaczyć właściwe pole): ☐ TAK ☐ NIE

Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas:

- ☐ obowiązkowych zajęć szkolnych
- ☐ zawodów (jakich?)
- ☐ szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych
- ☐ pozaszkolnych klubów sportowych

Data urodzenia:

Wysokość składki: zł słownie

Składkę opłacono do dnia:

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

..... miejscowość, dnia

.....
pieczęć i podpis Ubezpieczającego

☒ pola wyboru oznaczyć znakiem X

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

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group www.interrisk.pl
Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, KRS 0000054136, NIP 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony 137.641.100 PLN