

# 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):

PIECZATKA 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 PRZEWORSKI

Data urodzenia:

14 - 02 - 2000

PESEL

00031416178

Nr telefonu:

743 222 897

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 PRZEWORSKI

Nr telefonu:

743 222 897

Adres e-mail:

jag00101283@gmail.com

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

13 - 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  
ZESIŁGNA SIĘ Z KRAWĘŻNIA CHODNIKA DOZNAJĄC URAZU  
SIŁCZENIA I NADERWANIA STAWY SIÓDMOWEGO PRAWEGO

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

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 Ubezpiezonego za osobę zmarłą,  
 inne dokumenty .....

15.

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

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

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.
- 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: *j.pigoalec2836@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

*Bożena Kowalska*  
 podpis Ubezpiezonego/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 Ubezpiezonego: *JAS 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: *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  
*RODRIS*

 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”