



Zwichnięcie lub skręcenie stawu (proszę podać rodzaj):.....	
Rana wymagająca interwencji chirurgicznej (ilość założonych szwów.....)	
Uraz narządu ruchu (okres unieruchomienia.....)	
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	
Zakup wózka inwalidzkiego (wysokość kosztów.....)	
Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki	
Zatrucie gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenie prądem lub piorunem	
Inne uszkodzenia ciała, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej jednej wizyty kontrolnej	

5. Data i miejsce wypadku/ data ujawnienia 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 wypadkiem lub chorobą Ubezpieczony przebywał w szpitalu \_\_\_\_\_

Jeżeli tak, proszę podać 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 zgłoszenie roszczenia dołączono ( - właściwe zaznaczyć „x”):

- kserokopię dowodu 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 \_\_\_\_\_

18. Proszę zaznaczyć formę odbioru świadczenia ( - właściwe zaznaczyć „x”):

- przekazem pocztowym, jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie kosztów przesyłki,
  - przelewem,
- imię i nazwisko właściciela rachunku: .....

nr konta bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk S.A. 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.

\_\_\_\_\_ miejscowość, dnia

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

## II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

Seria i numer polisy \_\_\_\_\_

Okres ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Suma ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Wariant ubezpieczenia \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Wysokość składki \_\_\_\_\_

Składkę opłacono dnia \_\_\_\_\_

*Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.*

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_ pieczęć i podpis Ubezpieczającego

-----  
miejsowość, data

.....  
Imię, nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie

.....  
Adres

*Kopia / oryginał*

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group Oddział w ..... na podstawie art. 16.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, potwierdza przyjęcie zgłoszenia roszczenia z dnia ..... z tytułu ubezpieczenia EDU PLUS.

Prosimy o dostarczenie następujących dokumentów:

- kserokopię dowodu 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis przedstawiciela InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

otrzymałem dnia: \_\_\_\_\_  
(podpis osoby zgłaszającej roszczenie)