

1. na stronie: [www.interrisk.pl](http://www.interrisk.pl)
2. e-mail: [szkody@interrisk.pl](mailto:szkody@interrisk.pl)
3. Telefonicznie: 225752525

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA  
Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW  
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW  
W PLACÓWKACH OŚWIATOWYCH  
WARIANT OCHRONA**

numer szkody

kod produktu

**1. Wypełnia Ubezpieczający - wypełnia placówka oświatowa**

pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy ..... Okres ubezpieczenia .....

Suma ubezpieczenia ..... Wariant ubezpieczenia .....

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis Ubezpieczającego

**2. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony**

**OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST BEZWZGLĘDNIE DOSTARCZYĆ DO  
ZGŁOSZENIA KSEROKOPIĘ HISTORII CHOROBY ORAZ WSZELKIEJ INNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Ubezpieczony (poszkodowany) .....  
(imię i nazwisko, data urodzenia)

nr. telefonu, adres zamieszkania, adres e-mail .....

Zawód wykonywany .....

Czy doznany uraz powstał w trakcie wykonywanych zajęć związanych z przynależnością do klubu sportowego (podać adres i nazwę klubu)? .....

2. Uprawniony (rodzice, opiekunowie, inni) .....  
(imię i nazwisko)

3. Data i miejsce wypadku (zgonu) .....

4. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco) .....

5. Czy ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu .....

6. Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku .....

7. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczył się po wypadku:.....

8. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony przebywał w szpitalu .....

Jeżeli tak, proszę określić okres pobytu w szpitalu .....

9. Jeżeli w związku z wypadkiem wystąpiła u ubezpieczonego konieczność unieruchomienia kończyny, proszę podać jaki środek medyczny zastosowano przy unieruchomieniu i na jak długi okres kończyna była unieruchomiona .....

10. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony był poddany operacji .....

Jeśli tak, proszę określić jej rodzaj .....

11. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony został poddany chirurgicznemu założeniu szwów .....

Jeśli tak, proszę podać ich ilość .....

12. Jeżeli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie karne lub cywilne, proszę podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji, prokuratury lub sądu .....

13. W przypadku zgonu rodzica (-ów) proszę podać przyczynę zgonu .....

14. Czy obrażenia ciała powstały w związku z pogryzieniem Ubezpieczonego przez psa .....

15. W przypadku wystąpienia wypadku w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu (samochód, motocykl, inne) proszę dostarczyć kserokopię dokumentów uprawniających do prowadzenia tego pojazdu .....

13. Do zgłoszenia roszczenia dołączono (właściwie zaznaczyć „x”):

- ☐ akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- ☐ kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego (-ych)
- ☐ w przypadku wypadku komunikacyjnego - kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu,
- ☐ raporty policyjne dotyczące wypadku, jeśli zostały sporządzone,
- ☐ karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia szpitalne,
- ☐ historia choroby z placówki medycznej prowadzącej leczenie,
- ☐ inne dokumenty .....

14. Proszę zaznaczyć formę odbioru zaświadczenia (właściwe zaznaczyć „x”):

- ☐ gotówką z kasy oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group,
- ☐ czekiem, ( imię i nazwisko wypłacającego....., PESEL .....
- ☐ przelewem,

imię i nazwisko właściciela rachunku: .....

nr konta bankowego:

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej. Tak (.....) / Nie (.....)

2. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na komunikowanie się z Panem/Panią w formie elektronicznej?

Wzajemność, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane na adres e-mail podany przez Pana/Panią w części I niniejszego formularza. Tak (....) / Nie (....)

3. Czy chciałby Pan/chciałaby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana/Panią w części I niniejszego formularza?  
Tak (....) / Nie (....)

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

miejsowość, dnia

podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego