

numer szkody
kod produktu
numer polisy A-A 095914
okres ubezpieczenia 01.10.2010 – 30.09.2011

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

dla studentów Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, doktorantów związanych ze Szkołą Główną Gospodarstwa Wiejskiego i pracowników dydaktycznych oraz pracowników nie będących pracownikami dydaktycznymi Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego

/Druk ma zastosowanie w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia EDU PLUS/

Seria i numer polisy: **A-A 095914**

Okres ubezpieczenia: **od 1 października 2010 do 30 września 2011 roku**

Suma ubezpieczenia: **13 000 zł**

**OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE
WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I” NINIEJSZEGO FORMULARZA**

I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Ubezpieczający:

NAU Broker Ubezpieczeniowy Sp. z o.o. ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-379 Warszawa
nazwa placówki oświatowej (pieczęć), adres pocztowy, numer telefonu, adres e-mail

2. Ubezpieczony _____

imię, nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, nr telefonu, adres e-mail, PESEL

Zawód wykonywany: student, doktorant / pracownik dydaktyczny / pracownik nie dydaktyczny*

**Zakreślić właściwe*

Uprawiana dyscyplina sportu: _____

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego

**Wypełnić jeśli dotyczy*

3. Uprawniony* _____

imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail

** jeżeli Ubezpieczony jest niepełnoletni osobami Uprawnionymi są rodzice dziecka lub prawni opiekunowie)*

4. Rodzaj świadczenia o jakie ubiega się Ubezpieczony / Uprawniony (- właściwie zaznaczyć "x")

Uszczerbek na zdrowiu:	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku ataku padaczki	<input type="checkbox"/>
Śmierć:	- Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- Ubezpieczonego w wyniku sepsy	<input type="checkbox"/>
	- jednego lub obojga rodziców w następstwie nieszczęśliwych wypadków	<input type="checkbox"/>
Pogryzienie / pokąsanie przez zwierzęta, ukąszenia przez owady		<input type="checkbox"/>
Bolerioza lub kleszczowe zapalenie mózgu		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów:		
	- nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	- przeszkolenia zawodowego inwalidów (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
Pobyt w szpitalu:	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów	- leczenia (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	- leczenia stomatologicznego (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
Zasiłek dzienny za każdy dzień pełnej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy od..... do.....		<input type="checkbox"/>
Trwałe inwalidztwo częściowe		<input type="checkbox"/>
Całkowite inwalidztwo		<input type="checkbox"/>

5. Data i miejsce wypadku/ data ujawnienia choroby _____

6. Data zgonu _____

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 Ubezpieczony przebywał w szpitalu _____

1) Jeżeli tak, proszę podać okres pobytu w szpitalu _____

2) Imię i nazwisko lekarza, adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia: _____

1) Rozpoznanie: _____

2) Data skierowania do szpitala: _____

3) Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala, nazwa, adres placówki medycznej: _____

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),

kserokopię legitymacji studenckiej

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 Ubezpiezonego 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.*

miejsowość, dnia

podpis Ubezpiezonego /Uprawnionego

II. Wypełnia Pracownik InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

1. Suma ubezpieczenia: _____
2. Wariant ubezpieczenia: _____
3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego: _____
4. Data urodzenia: _____
5. Wysokość składki: _____
6. Składkę opłacono dnia: _____

miejsowość, dnia

podpis Pracownika InterRisk S.A. Vienna Insurance Group