

numer szkody:

kod produktu:

numer polisy: A-A 144672

okres ubezpieczenia:

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

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

/Druk ma zastosowanie w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków/

**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, adres siedziby

2. Ubezpieczony _____

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

Zawód wykonywany:

- student, doktorant*

Opłacona suma ubezpieczenia (- właściwe zaznaczyć "x")

11 000 zł (składka 17 zł)

19 500 zł (składka 30 zł)

- pracownik dydaktyczny / pracownik niedydaktyczny*

Opłacona suma ubezpieczenia (- właściwe zaznaczyć "x")

20 000 zł (składka 25 zł)

36 000 zł (składka 50 zł)

**niepotrzebne skreślić*

Uprawiana dyscyplina sportu: _____

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego (podać nazwę i adres siedziby):

3. Uprawniony* _____

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

**wypełnić jeśli dotyczy*

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

Uszczerbek na zdrowiu:	- w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku ataku padaczki	<input type="checkbox"/>
Śmierć:	- Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Pogryzienie / pokąsanie przez zwierzęta, ukąszenia przez owady		<input type="checkbox"/>
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego:	- sepsy:	<input type="checkbox"/>
	- boreliozy lub kleszczowego zapalenia mózgu	<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów:		<input type="checkbox"/>
	- nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	- przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
Pobyt w szpitalu:	- w następstwie 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 zdiagnozowania 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, nazwa i adres placówki medycznej, w której prowadzone było 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 z wypadkiem Ubezpieczony przebywał w szpitalu _____

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

2) adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia: _____

a) Rozpoznanie: _____

b) Data skierowania do szpitala: _____

c) Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala: _____

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 aktualnej legitymacji studenckiej,
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/rodzica 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 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: _____