

Zwrot kosztów:

- nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (rodzaj i wysokość kosztów.....)

- przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych (rodzaj i wysokość kosztów.....)

Pobyt w szpitalu: - w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Zwrot kosztów

- leczenia (rodzaj i wysokość kosztów.....)

- leczenia stomatologicznego (rodzaj i wysokość kosztów.....)

Zasiłek dzienny za każdy dzień pełnej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy od..... do.....

Trwałe inwalidztwo częściowe

Całkowite inwalidztwo

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 Ubezpiezonego/rodzica 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.

_____ miejscowość, dnia

_____ podpis Ubezpiezonego /Uprawnionego

II. Wypełnia Ubezpieczający

Seria i numer polisy _____

Okres ubezpieczenia _____

Suma ubezpieczenia _____

Wariant ubezpieczenia _____

Imię i nazwisko Ubezpiezonego _____

Data urodzenia _____

Wysokość składki _____

Składkę opłacono dnia _____

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejsowość, data

pieczęć i podpis Ubezpieczającego