

numer szkody
kod produktu
numer polisy
okres ubezpieczenia

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS  
– ŚWIADCZENIA DODATKOWE –**

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

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

**I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony**

1. Ubezpieczający \_\_\_\_\_  
*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 \_\_\_\_\_

Uprawiana dyscyplina sportu \_\_\_\_\_

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego \_\_\_\_\_  
*nazwa, adres pocztowy, nr telefonu*

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 (☐ - właściwe zaznaczyć "x")

Pobyt w szpitalu:	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku choroby	<input type="checkbox"/>
Operacje:	- w wyniku choroby	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- plastyczne w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Poważne zachorowania		<input type="checkbox"/>
Oparzenia		<input type="checkbox"/>
Odmrożenia		<input type="checkbox"/>
Zasiłek dzienny za każdy dzień pełnej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy od..... do.....		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów	- leczenia (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	- leczenia stomatologicznego (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
Śmierć:	- Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	<input type="checkbox"/>
	- Ubezpieczonego w wyniku choroby	<input type="checkbox"/>

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. W jakiej placówce medycznej leczył się Ubezpieczony przed ujawnieniem choroby, bądź przed wypadkiem (adres placówki i rodzaj choroby): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone \_\_\_\_\_  
Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia \_\_\_\_\_
16. Czy w związku z wypadkiem lub chorobą Ubezpieczony przebywał w szpitalu \_\_\_\_\_
- 1) Okres pobytu w szpitalu \_\_\_\_\_
- 2) Nazwa i adres szpitala: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3) Cel pobytu w szpitalu ( - właściwe zaznaczyć „x”):  
 - leczniczy, w tym:  
 leczenie ostrych dolegliwości,  leczenie choroby,  leczenie urazów doznanych w wyniku NW,  
 - diagnostyczny lub obserwacyjny,  
 - operacja (rodzaj) \_\_\_\_\_
- 4) Rozpoznanie (rodzaj choroby): \_\_\_\_\_
- 5) Data skierowania do szpitala: \_\_\_\_\_
- 6) Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala, nazwa, adres placówki medycznej: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



*Kopia / oryginał*

Towarzystwo Ubezpieczeń InterRisk S.A. 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.*

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