

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

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

I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa instytucji (imię i nazwisko):

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu: Adres e-mail:

2. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

Data urodzenia: ____ - ____ - ____ PESEL: _____

Nr telefonu: Adres e-mail:

Uprawiana dyscyplina sportu: Zawód wykonywany:

3. UPRAWNIONY

Imię i nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu: Adres e-mail:

4. SERIA I NUMER POLISY:

5. OKRES UBEZPIECZENIA: od ____ - ____ - ____ do ____ - ____ - ____

6. DATA, GODZINA I MIEJSCE WYSTĄPIENIA WYPADKU ____ - ____ - ____

4. DATA ZGONU ____ - ____ - ____

5. W przypadku prowadzenia w chwili wypadku przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego podać numer i kategorię prawa jazdy:

7. Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu (zaznaczyć właściwe

TAK NIE

8. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku (podać dokładnie i

11. Rodzaj doznanych obrażeń:

12. Czy narząd (-y) opisane w pkt. 11 był (-y) uszkodzony (-e) przed zainicjowaniem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

13. 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.

14. Proszę podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym Ubezpieczony leczony był po

.....

15. Czy leczenie (z uwzględnieniem zaleconej rehabilitacji) zostało zakończone (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE
Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia

.....

16. Dane jednostki Policji/Prokuratury/Sądu jeżeli w sprawie prowadzone jest/było

.....

Punkty 17 - 23 należy wypełnić, jeżeli odpowiedzialność InterRisk S.A. ViennaInsuranceGroup obejmuje zakres Opcji Dodatkowych D1-D6 zawartych w OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, Opcji Dodatkowych D1-D12 zawartych w OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków PLUS lub Opcji Dodatkowych IIX zawartych w OWU Pakiet Ubezpieczeń Osobowych PLUS:

17. RODZAJ ŚWIADCZENIA O JAKIE UBIEGA SIĘ UBEZPIECZONY / UPRAWNIONY (zaznaczyć właściwe)

- Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy
- Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy
- Koszty leczenia stomatologicznego
- Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu
- Operacje
- Koszty operacji plastycznych
- Uciążliwe leczenie
- Trwałe inwalidztwo częściowe
- Trwałe inwalidztwo całkowite
- Koszty leczenia
- Koszty rehabilitacji
- Pobyt w szpitalu
- Oparzenia
- Odmrożenia
- Urazy narządu ruchu (okres unieruchomienia) od do

Złamanie jednej lub więcej kości (proszę podać rodzaj):

Zwichnięcie lub skręcenie stawu (proszę podać rodzaj):

Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

18. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony był poddany leczeniu szpitalnemu (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli tak, jak długo trwał pobyt w od do

19. Czy w związku z wypadkiem została zalecona rehabilitacja (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli tak, na czym polegała:

Jak długo trwała: o do

Gdzie była prowadzona:

Czy była związana z koniecznością opłacenia zaleconych zabiegów (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

pole): Czy była związana z koniecznością zakupu zaleconego sprzętu (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli koszty rehabilitacji zostały poniesione przez Ubezpieczonego, prosimy o podanie ich wysokości oraz dołączenie oryginalnych rachunków potwierdzających te wydatki.

20. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony poniósł inne koszty leczenia (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli tak, czego dotyczyły i jaka była ich wysokość

21. Czy w związku z wypadkiem powstała niezdolność do pracy (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli tak, jak długo trwała: od ____ - ____ - ____ do ____ - ____ - ____

Jeżeli trwa nadal jakie są rokowania lekarza dotyczące jej zakończenia

22. Czy była w związku z wypadkiem orzekana przez lekarza orzecznika ZUS lub KRUS niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania

(zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać treść orzeczenia:

23. Czy w związku z wypadkiem przeprowadzono u Ubezpieczonego operację lub operację plastyczną? (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać:

- datę skierowania do szpitala: _____

- imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala: _____

- nazwę i adres szpitala: _____

- okres pobytu w szpitalu: _____

- wysokość poniesionych kosztów (dot. wyłącznie operacji plastycznej)

24. Proszę wskazać numer rachunku bankowego, na który ma zostać wypłacone świadczenie: ¹

--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Imię _____ i nazwisko właściciela rachunku: _____

25. Do zgłoszenia roszczenia dołączono (zaznaczyć właściwe pole):

wszelkie zaświadczenia lekarskie związane z wypadkiem,

kopia protokołu BHP w przypadku wypadku przy pracy,

kserokopię prawa jazdy Ubezpieczonego i kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu w przypadku wypadku komunikacyjnego,

kopia dokumentu postępowania organów dochodzeniowych,

w przypadku trwałego inwalidztwa całkowitego,

dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku oraz dokumentację z przebiegu leczenia ambulatoryjnego,

karty informacyjne leczenia szpitalnego,

w przypadku zgonu – akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za zmarłego,

kserokopie dowodu/ -ów tożsamości Uprawnionego/ -ych.

inne dokumenty:

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna ViennaInsuranceGroup 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 ViennaInsuranceGroup do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
3. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na komunikowanie się z Panem/Panią w formie elektronicznej? TAK NIE
Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane w tej formie.
Proszę o podanie adresu e-mail:
Czy chciałby Pan/chciałaby Pani odpowiedzi na reklamacje otrzymywać pocztą elektroniczną? TAK NIE

miejsce, dnia

podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

pola wyboru oznaczyć znakiem X

¹ W razie woli otrzymania świadczenia przekazem pocztowym prosimy o wpisanie w miejscu przeznaczonym na numer rachunku bankowego słowa „PRZEKAZ”
Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, KRS 0000054136, NIP 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony 137.641.100 PLN

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna ViennaInsuranceGroup www.interrisk.pl

II. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (PRACODAWCA)

dane lub pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy: **NWG-A/Pnr056781**

Początek okresu ubezpieczenia 02-01-2018r. _
_ _ _ _

Suma ubezpieczenia: **10 000,00zł** ~~zł~~

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

2. Data urodzenia:

3. Data zatrudnienia w przypadku pracowniczych ubezpieczeń grupowych **UCZEŃ**

4. Podstawa zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, itp.) **UCZEŃ**

5. Data przystąpienia do ubezpieczenia

6. Data rozwiązania stosunku pracy

1. Data opłacenia pierwszej składowki

2. Ostatnią skławkę opłacono dnia..... za miesiąc.....

3. Czy za okres, w którym wystąpił wypadek składowka została opłacona (zaznaczyć TAK NIE
proszę podać datę opłaty składowki

Punkty 7, 8 i 9 prosimy wypełnić w przypadku płatności ratalnej
Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
miejsowość, dnia

.....
podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego