

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU 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

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 ____ - ____ - _____

7. DATA ZGONU ____ - ____ - _____

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

.....

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

TAK NIE

10. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Rodzaj doznanych obrażeń:

12. Czy narząd (-y) opisane w pkt. 11 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem 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 leczył się po wypadku:

.....

15. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej 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 postępowanie:

.....

Punkty 17 - 23 należy wypełnić, jeżeli odpowiedzialność InterRisk S.A. Vienna Insurance Group 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 pole):

- 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):
- Zwłknięcie 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 szpitalu od ____ - ____ - ____ do ____ - ____ - ____

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

Jeżeli tak, na czym polegała:

Jak długo trwała: od ____ - ____ - ____ do ____ - ____ - ____

Gdzie była prowadzona:

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

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 lekarzy dotyczące jej zakończenia

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

(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 świadczenie¹:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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:

- Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna 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.
- 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.
- 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

.....
miejscowość, 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”

II. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (PRACODAWCA)

dane lub pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy:

Początek okresu ubezpieczenia - - -

Suma ubezpieczenia: zł
słownie

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

2. Data urodzenia: - - -

3. Data zatrudnienia w przypadku pracowniczych ubezpieczeń grupowych

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

5. Data przystąpienia do ubezpieczenia - - -

6. Data rozwiązania stosunku pracy - - -

Punkty 7, 8 i 9 prosimy wypełnić w przypadku płatności ratalnej

7. Data opłacenia pierwszej składki - - -

8. Ostatnią składkę opłacono dnia za miesiąc

9. Czy za okres, w którym wystąpił wypadek składka została opłacona (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE
proszę podać datę opłaty składki - - -

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
miejsowość, dnia

.....
podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego