

# 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 świadczenie<sup>1</sup>:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Imię i nazwisko właściciela rachunku: .....

25. Do zgłoszenie 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 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. 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

<sup>1</sup> 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