

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:

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

.....
miejscość, 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:
słownie

zł

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