

pieczęć Oddziału InterRisk S.A.
Vienna Insurance Group



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

*(zastosowanie: OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków; OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków PLUS; OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków AMULET;
OWU Pakiet Ubezpieczeń Osobowych – Opcja II, Opcja III, Opcja V, Opcja VI, Opcja VII; OWU Pakiet Ubezpieczeń Osobowych PLUS – Opcje Dodatkowe: I-IX; OWU kosztów leczenia za granicą BON VOYAGE - Klauzula 4; OWU Następstw Nieszczęśliwych Wypadków OCHRONA RODZINY)*

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

I. WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ UPRAWNIONY:

1. Ubezpieczający: _____
imię nazwisko, nazwa instytucji, adres zamieszkania, adres e-mail, telefon

2. Ubezpieczony: _____
imię nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, adres e-mail, telefon

Uprawiana dyscyplina sportu: _____
Zawód wykonywany: _____
3. Uprawniony: _____
imię nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, adres e-mail, telefon

4. Seria i numer polisy: _____
5. Okres ubezpieczenia: _____
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 w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu: _____
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 punkcie 11 był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia: _____

13. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy lekarskiej 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 zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji): _____

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia: _____

16. Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie karne, podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji lub prokuratury: _____

Punkty 17 - 24 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 I-IX zawartych w OWU Pakiet Ubezpieczeń Osobowych PLUS:

17. Rodzaj świadczenia o jakie ubiega się Ubezpieczony / Uprawniony (☐ - właściwe zaznaczyć "x"):

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	☐
Złamanie jednej lub więcej kości (proszę podać rodzaj):	☐
Zwichnięcie lub skrzywienie stawu (proszę podać rodzaj):	☐
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	☐

18. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony był poddany leczeniu szpitalnemu _____

Jeżeli tak, jak długo trwał pobyt w szpitalu: _____

19. Czy narząd (-y) opisane w pkt. 10 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku

20. Czy w związku z wypadkiem została zalecona rehabilitacja: _____

– Jeżeli tak, na czym polegała: _____

– Jak długo trwała: _____

– Gdzie była prowadzona: _____

– Czy była związana z koniecznością opłacenia zaleconych zabiegów: _____

– Czy była związana z koniecznością zakupu zaleconego sprzętu: _____

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

21. Czy w związku z wypadkiem Ubezpieczony poniósł inne koszty leczenia: _____

Jeżeli tak, czego dotyczyły i jaka była ich wysokość: _____

22. Czy w związku z wypadkiem powstała niezdolność do pracy: _____

– Jeżeli tak, jak długo trwała od: _____ do: _____

– Jeżeli trwa nadal jakie są rokowania lekarzy dotyczące jej zakończenia: _____

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

Jeżeli tak, proszę podać treść orzeczenia: _____

24. Czy w związku z wypadkiem przeprowadzono u Ubezpieczonego operację lub operację plastyczną?

Jeżeli tak, proszę podać:

- datę skierowania do szpitala: _____

- imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala: _____

- nazwę i adres szpitala: _____

- okres pobytu w szpitalu (od-do): _____

- wysokość poniesionych kosztów (dot. wyłącznie operacji plastycznej) _____

25. Proszę zaznaczyć formę odbioru świadczenia (☐ - właściwe zaznaczyć „x”):

☐ - przekazem pocztowym, jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie kosztów przesyłki,

☐ - przelewem:

imię i nazwisko właściciela rachunku: _____

nr konta bankowego:

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

26. Załączono dokumenty (☐ - właściwe zaznaczyć „x”):

☐ 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:

Oświadczania:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk S.A. 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. Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego

II. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (PRACODAWCA)

dane lub pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy

Początek okresu ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia

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 proszę podać datę opłaty składki

Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Ubezpieczającego