

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z UBEZPIECZENIA ZRYCZAŁTOWANEGO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU OSIEROCENIA
DZIECKA UBEZPIECZONEGO**

(zastosowanie: Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COMPLEX – Klauzula Umowna 05,
OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 04)

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

I. WYPEŁNIA UPRAWNIONY:

1. Ubezpieczający: _____
nazwa instytucji, adres pocztowy, adres e-mail, telefon

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

Uprawiana dyscyplina sportu: _____

Zawód wykonywany: _____

3. Uprawniony: _____
imię nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, seria i numer dowodu, adres e-mail, telefon

4. Seria i numer polisy: _____

5. Okres ubezpieczenia: _____

6. Imię i nazwisko dziecka, rok urodzenia, adres: _____

7. Data zgonu Ubezpieczonego: _____

8. Przyczyna zgonu: _____

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

- gotówką z kasy Oddziału InterRisk S.A. Vienna Insurance Group,
- przekazem pocztowym, jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie kosztów przesyłki,
- przelewem:

imię i nazwisko właściciela rachunku:
nr konta bankowego:

□□	□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
----	------	--------	--------	--------	--------	--------

10. Do zgłoszenia roszczenia dołączono (- właściwe zaznaczyć „x”):

- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za zmarłego,
- kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego/ych,
- akt urodzenia dziecka,
- w przypadku dziecka w wieku powyżej 18 lat – zaświadczenie potwierdzające uczęszczanie dziecka do szkoły,
- w przypadku dziecka w wieku powyżej 18 lat - orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uznające dziecko za trwale niezdolnego do pracy,

inne dokumenty:

Oświadczenia:

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 Uprawnionego

II. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (PRACODAWCA)

pieczęć zakładu pracy

Seria i numer polisy.....

Początek okresu ubezpieczenia.....

Suma ubezpieczenia.....

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego.....
2. Data urodzenia.....
3. Data zatrudnienia.....
4. Podstawa zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, itp.)
5. Data przystąpienia do ubezpieczenia.....
6. Data opłacenia pierwszej składki.....
7. Składkę za miesiąc (proszę podać miesiąc, w którym miało miejsce zdarzenie objęte ubezpieczeniem)
.....opłacono dnia
8. Data rozwiązania stosunku pracy

Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Ubezpieczającego