

pieczęć Oddziału InterRisk S.A.
Vienna Insurance Group



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

(zastosowanie: Program Ubezpieczeń Pracowniczych BENEFIT COMPLEX – Klauzula Umowna 03, Klauzula Umowna 04, OWU Moja Rodzina – Klauzula Umowna 03, Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków z Progresywnym Systemem Wypłaty Świadczeń „Progresja z premią gwarantowaną”)

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

I. WYPEŁNIA UBEZPIECZONY / UPRAWNIONY:

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

2. Ubezpieczony: _____
imię nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, 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. Data, miejsce wystąpienia wypadku: _____

7. Udzielono pierwszej pomocy przez: _____

8. Adresy placówek medycznych, w których kontynuowano leczenie powypadkowe: _____

9. Rodzaj doznanych obrażeń: _____

10. Czy utracony, uszkodzony organ, narząd lub układ był już funkcjonalnie upośledzony przed wypadkiem, jeśli tak to kiedy i w jakim stopniu: _____

11. Data pobytu w szpitalu (od do): _____

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

13. Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu: _____

14. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco): _____

15. Nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku: _____

16. Sposób realizacji wypłaty 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:

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

- wszelkie zaświadczenia lekarskie związane z wypadkiem,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku oraz dokumentację z przebiegu leczenia ambulatoryjnego
- karty informacyjne leczenia szpitalnego,
- kopia protokołu BHP w przypadku wypadku przy pracy,
- kserokopię prawa jazdy Ubezpieczonego i kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu w przypadku wypadku komunikacyjnego,
- kopia dokumentacji z postępowania organów dochodzeniowych,
- w przypadku trwałego inwalidztwa całkowitego - kopia orzeczenia lekarza ZUS lub KRUS uznająca inwalidztwo Ubezpieczonego za trwałe inwalidztwo całkowite,
- kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego/ ych,
- 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 Ubezpieczonego / 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