

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

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

I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa placówki oświatowej (pieczęć), (w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko):

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

2. UBEZPIECZONY

Imię, nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane roszczenie:

Adres z kodem pocztowym:

Data urodzenia:

PESEL

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego
nazwa, adres pocztowy, nr telefonu
Uprawiana dyscyplina sportu Zawód wykonywany.....

3. UPRAWNIONY

Imię i nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

4. DATA I MIEJSCE WYPADKU/ DATA UJAWNIENIA CHOROBY

.....

5. DATA ZGONU

.....

Czy została wykonana sekcja zwłok (zaznaczyć właściwe pole):

TAK

NIE

6.

1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco)

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do klubu/zespołu sportowego, sekcji sportowej?

3) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie

7.

Czy narząd (-y) opisane w pkt. 6 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby (zaznaczyć właściwe pole):

TAK NIE

8.

Czy Ubezpieczony był w chwili wypadku pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu (zaznaczyć właściwe pole):

TAK NIE

9.

Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu (zaznaczyć właściwe pole): TAK NIE

samochodu

motocyklu

roweru

inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia:

