

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS  
– OPCJE DODATKOWE –**

**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 pocztowy, numer telefonu, adres e-mail*

2. Ubezpieczony \_\_\_\_\_  
*imię, nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, nr telefonu, adres e-mail, PESEL*

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

Pobyt w szpitalu:	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku choroby	<input type="checkbox"/>
Operacje:	- w wyniku choroby	<input type="checkbox"/>
	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- plastyczne w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Poważne zachorowania (podać rozpoznanie .....		<input type="checkbox"/>
Oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku		<input type="checkbox"/>
Odmrożenia		<input type="checkbox"/>
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca		<input type="checkbox"/>
Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub pracy od..... do.....		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów	- leczenia (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	.....)	<input type="checkbox"/>
	- leczenia stomatologicznego (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
	.....)	<input type="checkbox"/>
Śmierć	Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	<input type="checkbox"/>
Uciążliwość leczenia – pełna niezdolność do nauki lub pracy trwająca co najmniej 10 dni		<input type="checkbox"/>

5. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia: \_\_\_\_\_

6. Okres pobytu w szpitalu \_\_\_\_\_

1) Rozpoznanie choroby: \_\_\_\_\_

2) Data skierowania do szpitala: \_\_\_\_\_

3) Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala, nazwa, adres placówki medycznej: \_\_\_\_\_

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk TU 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. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

\_\_\_\_\_ *miejsce, data*

\_\_\_\_\_ *podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego*