

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 pocztowy, numer telefonu, adres e-mail

2. Ubezpieczony *(osoba, której dotyczy zgłaszane roszczenie)*

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Dokładny adres zamieszkania _____

(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

3. Uprawniony *(w przypadku niepełnoletniego ubezpieczonego należy podać dane rodzica/opiekuna prawnego)*

Imię i nazwisko _____

PESEL lub seria i nr dowodu osobistego _____

Dokładny adres zamieszkania _____

(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

Dane kontaktowe _____

(adres e-mail i numer telefonu)

4. Data i miejsce nieszczęśliwego wypadku lub data ujawnienia choroby _____

5. Data zgonu _____ Czy została wykonana sekcja zwłok: tak nie

6. 1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco): _____

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do pozaszkolnego klubu sportowego? (jeśli tak należy podać nazwę) _____

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 (jeśli tak, należy wpisać datę diagnozy) _____

II. Wypełnia placówka oświatowa

pieczęć

Seria i numer polisy: _____ Okres ubezpieczenia: _____

Suma ubezpieczenia: _____ Wariant ubezpieczenia: _____

Imię i nazwisko Ubezpieczonego: _____

Rozszerzenie o wyczynowe uprawianie sportu TAK/NIE*

Informacja o okolicznościach zdarzenia - uraz podczas/w ramach:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> obowiązkowych zajęć szkolnych | <input type="checkbox"/> szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych |
| <input type="checkbox"/> zawodów (jakich?): _____ | <input type="checkbox"/> pozaszkolnych klubów sportowych |
| <input type="checkbox"/> Inne | <input type="checkbox"/> |

Data urodzenia: _____ Wysokość składki: _____

Składkę opłacono dnia: _____

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Miejscowość, data

Podpis