

## 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*

