

Zwichnięcie lub skręcenie stawu (proszę podać rodzaj):.....	
Rana wymagająca interwencji chirurgicznej (ilość założonych szwów.....)	
Uraz narządu ruchu (okres unieruchomienia.....)	
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	
Zakup wózka inwalidzkiego (wysokość kosztów.....)	
Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki	
Zatrucie gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenie prądem lub piorunem	
Inne uszkodzenia ciała, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej jednej wizyty kontrolnej	

5. Data i miejsce wypadku/ data ujawnienia choroby _____

6. Data zgonu _____ Czy została wykonana sekcja zwłok: _____

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

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

8. Czy narząd (-y) opisane w pkt. 7 był (-y) uszkodzony (-e) przed zajściem zdarzenia w wyniku wypadku lub choroby _____

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

10. Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu _____

samochodu motocyklu roweru inne

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia _____

11. Jeżeli w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie karne lub cywilne, proszę podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji, prokuratury lub sądu, nr sprawy _____

12. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku _____

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem lub oryginał do wglądu.

13. Proszę podać nazwę i adres placówki medycznej, w której Ubezpieczony leczył się _____

14. Czy leczenie (z uwzględnieniem zleconej rehabilitacji) zostało zakończone _____

Jeżeli nie, proszę podać przewidywany termin zakończenia leczenia _____

15. Czy w związku wypadkiem lub chorobą Ubezpieczony przebywał w szpitalu _____

miejsowość, data

.....
Imię, nazwisko osoby zgłaszającej roszczenie

.....
Adres

Kopia / oryginał

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group Oddział w na podstawie art. 16.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, potwierdza przyjęcie zgłoszenia roszczenia z dnia z tytułu ubezpieczenia EDU PLUS.

Prosimy o dostarczenie następujących dokumentów:

- kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego (-ych),
- w przypadku wypadku komunikacyjnego – kserokopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu,
- raporty policyjne dotyczące wypadku, jeżeli zostały sporządzone, lub kopia dokumentów z postępowania organów dochodzeniowych,
- karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia lekarskie,
- historia choroby z placówki medycznej prowadzącej leczenie,
- oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów,
- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- inne dokumenty _____

podpis przedstawiciela InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

otrzymałem dnia: _____
(podpis osoby zgłaszającej roszczenie)