

# 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 UJAWNIEŃ 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:

