

ROSZCZENIA

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS – ŚWIADCZENIA DODATKOWE –

/Druk ma zastosowanie w przypadku zgłoszenia 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. Ubezpieczony \_\_\_\_\_  
*imię, nazwisko, PESEL*

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

- pobyt w wyniku choroby (Rodzaj choroby).....

- Poważne zachorowanie (Rodzaj choroby)


3. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Okres pobytu w szpitalu \_\_\_\_\_

1) Cel pobytu w szpitalu ( - właściwe zaznaczyć „x”):

- leczniczy, w tym:
- leczenie ostrych dolegliwości
- leczenie choroby,
- leczenie urazów doznanych w wyniku NW,
- diagnostyczny lub obserwacyjny,

- operacja (rodzaj) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Rozpoznanie (rodzaj choroby z podaniem jednostki chorobowej w ICD-10):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) data wystąpienia pierwszych objawów choroby ( oraz opis objawów)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) data diagnozy LEKARSKIEJ, (dzień –miesiąc-rok)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) opis, okoliczności oraz przebieg choroby, począwszy od pierwszych objawów( proszę podać chronologicznie proces leczenia, wizyt, konsultacji):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6) Data skierowania do szpitala: (dzień –miesiąc-rok) \_\_\_\_\_

7) Imię i nazwisko lekarza kierującego do szpitala, nazwa, adres placówki medycznej:

---

---

---

Do zgłoszenia roszczenia dołączam następujące dokumenty:

- Kserokopię dowodu tożsamości Uprawnionego
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz wszelkie zaświadczenia szpitalne
- Historia choroby z placówki prowadzącej leczenie
- Inne dokumenty

---

---

Oświadczenia:

1. *Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.*  
Tak (...) / Nie (...)
2. *Czy wyraża Pan/Pani zgodę na komunikowanie się z Panem/Panią w formie elektronicznej? Dokumenty, które zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa powinny zostać przesłane na piśmie, zostaną wysłane na adres e-mail podany przez Pana/Panią w części I niniejszego formularza.*  
Tak (...) / Nie (...)  
:
3. *Czy chciałby Pan/chciałaby Pani otrzymywać odpowiedzi na reklamacje pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez Pana/Panią w części I niniejszego formularza?*  
Tak (...) / Nie (...)
4. *Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.*

\_\_\_\_\_ miejscowość, dnia

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