

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS
– Opcja Podstawowa –**

Wypełnia Ubezpieczający (placówka oświatowa)

pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy: **EDU-A/P 153401**
Okres ubezpieczenia: **01.09.2024 r. – 31.08.2025 r.**
Suma ubezpieczenia: **25.000 zł**

Wariant ubezpieczenia: **Opcja podstawowa + świadczenia dodatkowe**

Śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego (D1), Oparzenia i odmrożenia (D2), Pobyt w szpitalu w wyniku NW (D3), pobyt w szpitalu w wyniku choroby (D4), poważne choroby (D5), Koszty leczenia w wyniku NW (D8), koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NW (D10), uciążliwe leczenie (D11), Assistance EDU PLUS (D12), Hejt Stop

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

Wysokość składki: **43 zł**

Składkę opłacono dnia: **WRZESIEŃ '2024**

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

miejsce, data

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń

numer szkody
kod produktu
numer polisy
okres ubezpieczenia

Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Ubezpieczający: **Szkoła Podstawowa nr 11 im. Juliana Tuwima; ul. Długoszowskiego 126, 33-300 Nowy Sącz**

2. Ubezpieczony: _____
(imię, nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, nr telefonu, adres e-mail, PESEL)

Uprawiana dyscyplina sportu _____

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego _____
(nazwa, adres pocztowy, nr telefonu)

3. Uprawniony* _____
imię, nazwisko, adres, nr telefonu, adres e-mail (jeżeli Ubezpieczony jest niepełnoletni Uprawnionymi są rodzice dziecka lub prawni opiekunowie)

OPIS ZDARZENIA

4. Data i miejsce wypadku/ data ujawnienia choroby _____

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

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) 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 _____

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

9. Czy do wypadku doszło w chwili prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu (zaznaczyć właściwe pole)

samochodu, motocyklu, roweru, innego

Proszę podać numer i kategorię uprawnień do ich prowadzenia _____

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

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

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej

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

