


# 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 (w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko):	NR POLISY:
	Adres z kodem pocztowym: .....	
	Nr telefonu:	
	Adres e-mail:	

### 2. UBEZPIECZONY

	Imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie:
	Adres z kodem pocztowym: .....
	Nr telefonu:
	Adres e-mail:


PESEL

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego:  
.....  
Nazwa, adres pocztowy, nr telefonu .....

Uprawiana dyscyplina sportu .....

Zawód wykonywany .....

### 3. UPRAWNIONY

	Imię, nazwisko:
	Adres z kodem pocztowym: .....
	Nr telefonu:
	Adres e-mail:

## OPIS ZDARZENIA

### 4. DATA I MIEJSCE WYPADKU / DATA UJAWNIENIA CHOROBY

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------

### 5. DATA ZGONU

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------

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 .....

