

numer szkody
kod produktu
numer polisy WYPEŁNIA INTERRISK TU S.A.
okres ubezpieczenia

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS
– Opcja Podstawowa / Opcja Progresja

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I” NINIEJSZEGO FORMULARZA

I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Ubezpieczający PIECZĄTKA SZKOŁY
nazwa placówki oświatowej (pieczęć), adres pocztowy, numer telefonu, adres e-mail

2. Ubezpieczony Jakub Kowalski, 02.10.2006, ul. Ubezpieczeniowa 1, 82-300 Elbląg
imię, nazwisko, data urodzenia, adres pocztowy, nr telefonu, adres e-mail, PESEL

Zawód wykonywany Uczeń

Uprawiana dyscyplina sportu Piłka nożna

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

SPORT, ul. Sportowa 1, 82-300 Elbląg

3. Uprawniony* Jan Kowalski (ojciec), ul. Ubezpieczeniowa 1, 82-300 Elbląg
imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail

Tel. 111-111-111, jan.kowalski@tt.pl

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

Uszczerbek na zdrowiu:	- w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input checked="" type="checkbox"/>
	- w wyniku ataku padaczki	<input type="checkbox"/>
Śmierć:	- Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
	- rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwych wypadków	<input type="checkbox"/>
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy		<input type="checkbox"/>
Pogryzienie przez psa		<input type="checkbox"/>
Zwrot kosztów:	- nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (rodzaj i wysokość kosztów.....)	<input type="checkbox"/>
)	<input type="checkbox"/>
	Zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych (proszę podać koszt:	<input type="checkbox"/>