

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA z umowy ubezpieczenia placówek oświaty

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA /OPIEKUN OSOBY UBEZPIECZONEJ

- Numer polisy ..... 4021250262
- Imię i nazwisko Osoby Poszkodowanej .....
- Data urodzenia Osoby Poszkodowanej [DD-MM-RRRR] .....
- Numer PESEL Osoby Poszkodowanej .....
- Imiona rodziców .....
- Adres korespondencyjny .....
- Adres e-mail do rodziców .....
- Numer kontaktowy do rodziców .....
- Potwierdzenie ubezpieczenia – podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie oraz pieczętka szkoły**
  - Nazwa szkoły** ..... Zespół Szkół Plastycznych im. Cypriana Kamila Norwida w Lublinie
  - Adres szkoły** ..... 20-612 Lublin, ul. Muzyczna 10a
  - Nr telefonu** ..... 081 532-72-39
  - Data wypełnienia** [DD-MM-RRRR] .....

.....  
podpis osoby potwierdzającej

.....  
pieczętka szkoły

- Data i miejsce wypadku .....
- Opis okoliczności wypadku, doznanych obrażeń oraz nazwiska ewentualnych świadków .....
- Okres leczenia szpitalnego (prosimy dołączyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego)  
od [DD-MM-RRRR] ..... do [DD-MM-RRRR] .....
- Nazwa ośrodka i adres .....

### WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY

Jeżeli Osoba Ubezpieczona posiada dokumenty medyczne zawierające diagnozę oraz opis przebiegu leczenia, wypełnienie pkt. 11 przez lekarza nie jest wymagane.

- Data wypadku, diagnoza, opis przebiegu leczenia, data zakończenia leczenia .....

data

podpis i pieczęć lekarza

15. Czy leczenie zostało zakończone?

TAK  NIE

**UWAGA!** Zgodnie z artykułem 815 § 3 Kodeksu Cywilnego zatajenie prawdy lub złożenie oświadczeń niezgodnych z prawdą, a istotnych i wymaganych przez Towarzystwo, spowoduje unieważnienie roszczenia?

## DOKUMENTACJA ROSZCZENIOWA

Do niniejszego formularza należy dołączyć kopię/skan:

- 1) pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem (kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego oraz zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji)
- 2) raportów policyjnych oraz wyniku badania na zawartość alkoholu we krwi Osoby ubezpieczonej (jeżeli zostały sporządzone).
- 3) oryginałów rachunków za powypadkowe leczenie (jedynie w przypadku wybrania wariantu ubezpieczenia obejmującego zwrot kosztów powypadkowego leczenia);
- 4) w przypadku rozbieżności nazwisk Zgłaszającego i Osoby poszkodowanej prosimy o przesłanie dokumentacji potwierdzającej, iż Zgłaszający wniosek jest prawnym opiekunem Osoby Poszkodowanej.

Jeśli roszczenie dotyczy Śmierci Osoby Ubezpieczonej należy dołączyć:

- 1) dokumentację medyczną stwierdzającą bezpośrednią przyczynę zgonu,
- 2) raport prokuratury,
- 3) wynik sekcji zwłok (jeśli została przeprowadzona),
- 4) oświadczenie o ustanowieniu Beneficjenta,
- 5) odpis Aktu Małżeństwa lub odpis Aktu Urodzenia (jeśli Beneficjentem jest potomstwo lub małżonek Osoby Ubezpieczonej),
- 6) potwierdzoną notarialnie kopię dowodu osobistego Beneficjenta,
- 7) oryginał aktu zgonu lub kopię potwierdzoną notarialnie.

## DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać

na rachunek bankowy nr

nazwa banku

właściciel rachunku

przekazem pocztowym na adres

## Oświadczenie Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce

Niniejszym informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111 (administratora danych) dla celów postępowania dotyczącego zgłoszonej szkody i/lub roszczeń oraz w celach analitycznych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych oraz prawo ich poprawiania. Dane osobowe zostały podane w sposób dobrowolny, lecz są one niezbędne do przeprowadzenia postępowania dotyczącego zgłoszonej szkody.

Informujemy, iż zasady przetwarzania danych osobowych przez Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce są zawarte w Polityce Prywatności Colonnade (dostępnej w witrynie internetowej pod adresem [www.colonnade.pl/polityka- Prywatności](http://www.colonnade.pl/polityka- Prywatności) lub na żądanie skierowane do: Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce, ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa).

## Oświadczenie Zgłaszającego

1. Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia Colonnade wszystkich dokumentów i informacji, dotyczących okoliczności oraz następstw choroby, wypadku lub zdarzenia będącego przyczyną zgłoszenia mojego roszczenia.
2. Potwierdzam, że wszelkie podane przeze mnie dane są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą, a w przypadku podania danych osób trzecich zobowiązuję się do poinformowania ich o przetwarzaniu danych osobowych przez Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce w powyższym zakresie.

miejsce i data

czytelny podpis

## Dodatkowe oświadczenia Zgłaszającego Roszczenie\*

- Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce dokumentów związanych z postępowaniem dotyczącym zgłoszonej szkody za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail podany w punkcie 7. niniejszego formularza.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia Ubezpieczającemu/brokerowi ubezpieczeniowemu\*\* uczestniczącemu w postępowaniu związanym z niniejszym roszczeniem, w tym na przekazywanie treści pism/decyzji związanych z moim roszczeniem.

miejsce i data

czytelny podpis

\* niniejsze zgody są dobrowolne, a ich udzielenie pozwoli na przyspieszenie procesu likwidacji zgłoszonej szkody

\*\* niepotrzebne skreślić

