

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA z umowy ubezpieczenia placówek oświaty

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA/OPIEKUN OSOBY UBEZPIECZONEJ

1. Numer polisy
2. Imię i nazwisko Osoby Poszkodowanej
3. Data urodzenia Osoby Poszkodowanej [DD-MM-RRRR]
4. Numer PESEL Osoby Poszkodowanej
5. Imiona rodziców
6. Adres korespondencyjny
7. Adres e-mail do rodziców
8. Numer kontaktowy do rodziców
9. **Potwierdzenie ubezpieczenia – podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie oraz pieczętka szkoły**
 - 1) Nazwa szkoły
 - 2) Adres szkoły
 - 3) Nr telefonu
 - 4) Data wypełnienia [DD-MM-RRRR]

.....
podpis osoby potwierdzającej

.....
pieczętka szkoły

10. Data i miejsce wypadku
11. Opis okoliczności wypadku, doznanych obrażeń oraz nazwiska ewentualnych świadków
12. Okres leczenia szpitalnego (prosimy dołączyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego)
od [DD-MM-RRRR] do [DD-MM-RRRR]
13. 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.

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