

## 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 14 przez lekarza nie jest wymagane.

14. 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 pkt 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