InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

Szanowni Państwo,

Likwidacja szkód będzie prowadzona zgodnie z postanowieniami OWU Benefit Complex Plus, oraz postanowieniami dodatkowymi lub odmiennymi od OWU Benefit Complex Plus do niniejszej Umowy.

Niezbędne dokumenty do zgłoszenia szkody:

- ***NNW*** *–zaświadczenie lekarskie – karta statystyczna do karty zgonu, akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu,*
- ***L4*** *- kopia zaświadczenia lekarskiego, potwierdzona przez pracodawcę za zgodność z oryginałem, wystawionego zgodnie z przepisami art. 55 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, oryginał zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę o wysokości uposażenia za miesiąc, w którym wystąpiła krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub informacja o kwocie uposażenia zasadniczego wraz z dodatkami o charakterze stałym (wartość netto), należna w miesiącu/ach obejmującym/ch zgłaszaną niezdolność do pracy Ubezpieczonego (bez potrąceń z tytułu zasiłku chorobowego),*
- *Prosimy o załączanie do druku zgłoszenia szkody kserokopii* ***DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*** *(między innymi: z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku, z leczenia ambulatoryjnego, kart informacyjnych leczenia szpitalnego). W przypadku braku dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel zgodnie z OWU wystąpi do placówki medycznej, która wystawi zaświadczenie o niezdolności do prac,*
- *Inne dokumenty wymienione w druku zgłoszenia roszczeni,*
- *Poniższe oświadczenia*

Druki zgłoszenia szkody prosimy przesyłać po skompletowaniu wszystkich dokumentów.

W celu zgłoszenia roszczenia prosimy o wypełnienie poniższych dokumentów oraz przekazanie ich do ***InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group drogą pocztową na adres:***

InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group
Departament Likwidacji Szkód – ZLSNNWiZ
Al. Jerozolimskie 162
02-342 Warszawa

Nr tel. 22 212 20 12

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB KRÓTKOTRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY

1. Ubezpieczający: STOWARZYSZENIE FORUM GRUP ZAWODOWYCH
AL. JEROZOLIMSKIE 47/12 00-697 WARSZAWA

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY
PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH PUNKTÓW

2. Numer polisy (prosimy o wpisanie nr polisy z certyfikatu): .....

3. Ubezpieczony:_____
(imię nazwisko, adres pocztowy, data urodzenia, adres e-mail, telefon)

_____

4. Okres niezdolności do pracy (od - do):_____

5. Placówka medyczna, w której lekarz wydał zaświadczenie o niezdolności do pracy (ZUS ZLA):

- Nazwa: _____
- Adres: _____

6. Przyczyna krótkotrwałej niezdolności do pracy (*zakreślić właściwe „x" i wypełnić*):

❑ **Choroba**

- Data zdiagnozowania choroby: _____
- Nazwa jednostki chorobowej: _____

_____

- Czy z powodu ww. choroby było prowadzone leczenie przed przystąpieniem do ubezpieczenia? ___
- Czy Ubezpieczony przebywał w szpitalu? _____

❑ **Opieka nad dzieckiem**:_____
(imię nazwisko dziecka, data urodzenia)

z powodu:

❑ choroby dziecka,
❑ inny - podać powód opieki nad dzieckiem:_____

❑ **Nieszczęśliwy wypadek:**

- Data i miejsce wypadku: _____
- Rodzaj nieszczęśliwego wypadku (*zakreślić właściwe „x"*):

- ❑ komunikacyjny:_____
  (numer i kategoria prawa jazdy, jeżeli Ubezpieczony był kierowcą pojazdu)
- ❑ podczas wykonywania obowiązków służbowych,
- ❑ w drodze do miejsca pełnienia służby lub w drodze powrotnej ze służby,
- ❑ podczas uprawiania sportu: _____

  _____
  (nazwa dyscypliny sportu, nazwa i adres klubu sportowego w przypadku wyczynowego uprawiania sportu)
- ❑ inne: _____
  (jaki)

- Opis okoliczności wypadku _____

  _____
  _____
  _____
  _____

- Proszę wymienić doznane urazy:_____

  _____

  _____

- Czy Ubezpieczony przebywał w szpitalu? _____
- Nazwa i adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy po wypadku:

  _____

- Czy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu: _____
- Czy w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie: _____

  _____
  (adres jednostki policji, prokuratury bądź sądu wraz z numerem sprawy)

7. Dyspozycja wypłaty:

Proszę o wypłatę świadczenia na rachunek bankowy nr:

☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐☐☐

PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH PUNKTÓW

8. Załączono dokumenty (❑ - właściwe zaznaczyć „x"):

w przypadku krótkotrwałej niezdolności do pracy z powodu choroby:

❑ kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego

❑ kopię zaświadczenia lekarskiego (ZUS ZLA) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie

❑ dokumentację medyczną z leczenia w związku z chorobą (leczenia ambulatoryjnego, kart informacyjnych leczenia szpitalnego),

❑ zaświadczenie od pracodawcy zawierające informację o wysokości uposażenia zasadniczego wraz z dodatkami o charakterze stałym netto (bez potrąceń z tytułu zasiłku chorobowego) w miesiącu, w którym Ubezpieczony był niezdolny do pracy wraz z informacją o potrąceniu wynagrodzenia w związku ze zgłaszaną niezdolnością do pracy

❑ inne dokumenty: _____

w przypadku krótkotrwałej niezdolności do pracy z powodu wypadku:

❑ kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego

❑ kopię zaświadczenia lekarskiego (ZUS ZLA) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie,

- ❑ dokumentację medyczną z leczenia w związku z wypadkiem (w tym udzielenia pierwszej pomocy po wypadku, leczenia ambulatoryjnego, kart informacyjnych leczenia szpitalnego),
- ❑ kopię protokołu wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub wypadku w drodze do miejsca pełnienia służby lub w drodze powrotnej ze służby,
- ❑ kopię dokumentacji z postępowania organów dochodzeniowych, dotyczącą zdarzenia,
- ❑ kopię prawa jazdy Ubezpieczonego (lub odpowiednich uprawnień) oraz dowodu rejestracyjnego pojazdu mechanicznego (w przypadku wypadku komunikacyjnego),
- ❑ zaświadczenie od pracodawcy zawierające informację o wysokości uposażenia zasadniczego wraz z dodatkami o charakterze stałym netto (bez potrąceń z tytułu zasiłku chorobowego) w miesiącu, w którym Ubezpieczony był niezdolny do pracy wraz z informacją o potrąceniu wynagrodzenia w związku ze zgłaszaną niezdolnością do pracy
- ❑ inne dokumenty: _____

w przypadku krótkotrwałej niezdolności do pracy z powodu opieki nad dzieckiem:

- ❑ kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego
- ❑ kopię zaświadczenia lekarskiego (ZUS ZLA) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie,
- ❑ zaświadczenie od pracodawcy zawierające informację o wysokości uposażenia zasadniczego wraz z dodatkami o charakterze stałym netto (bez potrąceń z tytułu zasiłku chorobowego) w miesiącu, w którym Ubezpieczony był niezdolny do pracy wraz z informacją o potrąceniu wynagrodzenia w związku ze zgłaszaną niezdolnością do pracy
- ❑ zaświadczenie z placówki oświatowej potwierdzające zamknięcie żłobka / przedszkola / szkoły,
- ❑ inne dokumenty: _____

Oświadczenia:

1. *Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych z wnioskami o przekazanie informacji o stanie zdrowia, niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia.*
2. *Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.*
3. *Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.*

_____	_____
(miejscowość, data)	*(podpis Ubezpieczonego)*

WYPEŁNIA PRACODAWCA
PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH PUNKTÓW

Pieczęć zakładu pracy

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego: _____
2. Data urodzenia: _____
3. Data zatrudnienia: _____
4. Podstawa zatrudnienia: _____
5. Czy pracownik jest funkcjonariuszem służby mundurowej?

   ❑ TAK ❑ NIE

6. Kwota uposażenia zasadniczego wraz z dodatkami o charakterze stałym (wartość netto), należna w miesiącu/ach obejmującym/ch zgłaszaną niezdolność do pracy Ubezpieczonego (bez potrąceń z tytułu zasiłku chorobowego)

Podać miesiąc/e i kwotę/y: _____

_____

7. Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim_____

8. Czy w związku ze zgłaszaną niezdolnością do pracy Ubezpieczony zgłaszał wypadek przy pracy lub w drodze do i z pracy?

   ❑ TAK ❑ NIE

9. Czy w związku ze zgłaszaną niezdolnością do pracy Ubezpieczony otrzymał 80% uposażenia?

   ❑ TAK ❑ NIE

10. Data rozwiązania stosunku pracy: _____

Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

_____	_____
(miejscowość, data)	*(podpis Pracodawcy)*

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że w przypadku orzeczenia przez komisję lekarską podległą właściwemu ministrowi spraw wewnętrznych o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby związanej z wykonywaniem obowiązków służbowych niezwłocznie powiadomię Ubezpieczyciela: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (ul. Noakowskiego 22, 00 – 668 Warszawa) o zaistniałej sytuacji.

W przypadku otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia nr A-A 259276/A-A 259277/A-A 259278/ A-A 259279 z dnia 12.08.2015r., wypłaconego przez Ubezpieczyciela z tytułu krótkotrwałej niezdolności do pracy zgodnie z postanowieniami §2 pkt. 19) OWU BENEFIT COMPLEX PLUS wraz z postanowieniami dodatkowymi lub odmiennymi od OWU, w ciągu 7 dni zwrócę wypłacone nienależne świadczenie Ubezpieczycielowi: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group na numer rachunku bankowego 94 1160 2202 0000 0000 2047 8043 - Bank Millenium S.A. **W treści należy bezwzględnie podawać nr szkody, którego zwrot dotyczy.**

Oświadczam, iż w dniu przystąpienia do ubezpieczenia byłem/am Funkcjonariuszem Straży Granicznej/ Policji/Państwowej Straży Pożarnej/Biura Ochrony Rządu/Służby Więziennej/Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego/Agencja Wywiadu/Służby Kontrwywiadu Wojskowego/Służby Wywiadu Wojskowego/Centralnego Biura Antykorupcyjnego lub Żołnierzem Wojska Polskiego.

Oświadczam, iż w chwili przystąpienia do ubezpieczenia nie przebywałem/łam na zwolnieniu lekarskim.

miejscowość, data	*podpis Ubezpieczonego*