



## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

z tytułu: ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, ubezpieczenia straty finansowej w zasobach gospodarstwa domowego  
zastosowanie: Grupowa Umowa Ubezpieczenia NNW z dnia 25 sierpnia 2011 r.

Seria i nr polisy: **AA113308**

Okres ubezpieczenia od **01-09-2011** r. do **31-08-2012** r.

### I Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

1. Ubezpieczający: Pomorska Okręgowa Izba Inżynierów Budownictwa, ul. Świętojańska 43/44, 80-840 Gdańsk

2. Ubezpieczony:

Imię i nazwisko, data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Adres e-mail, telefon:

Uprawiana dyscyplina sportu:

Zawód wykonywany:

3. Uprawniony:

Imię i nazwisko, data urodzenia:

Rodzaj, seria i numer dowodu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Adres e-mail, telefon:

4. Członek rodziny Ubezpieczonego (w przypadku zgonu współmałżonka/partnera)

Imię i nazwisko, data urodzenia osoby zmarłej:

Stopień pokrewieństwa osoby zmarłej:

Adres zamieszkania:

### Wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku

1. Data, godzina i miejsce wystąpienia wypadku:

2. Data zgonu: .....-.....-..... r.

3. Przyczyna zgonu:

4. W przypadku prowadzenia w chwili wypadku przez Ubezpieczonego/członka rodziny Ubezpieczonego (niewłaściwie skreślić) pojazdu mechanicznego, podać numer i kategorię prawa jazdy:

5. Czy Ubezpieczony/członek rodziny Ubezpieczonego (niewłaściwie skreślić) w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu:

6. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku

Podać dokładnie i wyczerpująco:

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Rodzaj doznanych obrażeń:

---

---

---

8. Czy narząd(y) opisane w punkcie 7 był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia:

---

9. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku:

Jeżeli pierwszej pomocy udzielił lekarz, prosimy o dostarczenie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem lub oryginał do wglądu.

10. Proszę podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym Ubezpieczony leczył się po wypadku:

---

11. Czy leczenie zostało zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji):

---

12. Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie karne, podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki policji lub prokuratury:

---

Punkty 13 - 14 należy wypełnić, jeżeli odpowiedzialność InterRisk S.A. Vienna Insurance Group obejmuje jednorazowe świadczenie z tytułu stałej utraty zdolności do wykonywania pracy.

13. Czy w związku z wypadkiem powstała niezdolność do pracy:

---

Jeżeli tak, jak długo trwała: od .....-.....-..... do .....-.....-.....

Jeżeli trwa nadal, to jakie są rokowania lekarzy dotyczące jej zakończenia:

---

14. Czy była w związku z wypadkiem orzekana przez lekarza orzecznika ZUS lub KRUS niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy:

---

Jeżeli tak, proszę podać treść orzeczenia:

---

---



## II Wypełnia Ubezpieczający (Pracodawca)

Pomorska Okręgowa Izba Inżynierów Budownictwa, ul. Świętojańska 43/44, 80-840 Gdańsk

Seria i nr polisy **AA113308**

Okres ubezpieczenia od **01-09-2011** r. do **31-08-2012** r.

### Sumy ubezpieczenia:

#### Tabela świadczeń

Zakres ubezpieczenia InterRisk

SU/Wysokość Świadczenia

#### Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	16 000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	13 000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	25 000,00 zł
Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	7 500,00 zł
Śmierć współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	5 500,00 zł

#### Jednorazowe świadczenie z tytułu stałej utraty zdolności do wykonywania pracy w NNN:

Jednorazowe świadczenie z tytułu stałej utraty zdolności do wykonywania pracy w NNN w przypadku Ubezpieczonego	8 000,00 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu stałej utraty zdolności do wykonywania pracy w NNN komunikacyjnego w przypadku Ubezpieczonego	13 500,00 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu stałej utraty zdolności do wykonywania pracy w NNN w przypadku współmałżonka Ubezpieczonego	4 500,00 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu stałej utraty zdolności do wykonywania pracy w NNN komunikacyjnego w przypadku współmałżonka Ubezpieczonego	6 000,00 zł
Ubezpieczenie straty finansowej w zasobach gospodarstwa domowego	5 000,00 zł
Ubezpieczenie straty finansowej w zasobach gospodarstwa domowego w związku z pokryciem kosztów organizacji pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego	2 500,00 zł

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego: .....
2. Data urodzenia: .....
3. Data zatrudnienia: .....
4. Podstawa zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, itp.): .....
5. Data przystąpienia do ubezpieczenia:.....
6. Data rozwiązania stosunku pracy: .....
7. Data opłacenia pierwszej składki za Ubezpieczonego: .....
8. Składkę za miesiąc (proszę podać miesiąc, w którym miało miejsce zdarzenia objęte ubezpieczeniem) ..... opłacono dnia: .....
9. Czy za okres, w którym wystąpił wypadek składka została opłacona: .....  
proszę podać datę opłacenia składki: .....

Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....  
miejscość i data

.....  
podpis Ubezpieczającego