

# ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA EDU PLUS

Opiekun Szkoły: Bielak Michał kom 795-617-067



OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ  
CZYTELNIE WSZYSTKIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I”  
NINIEJSZEGO FORMULARZA

Seria Edu-A/P numer  I. Wypełnia Ubezpieczony / Uprawniony

## 1. UBEZPIECZAJĄCY



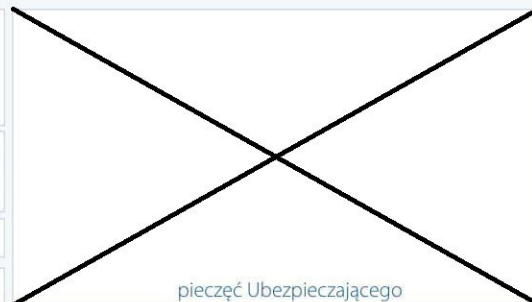
Nazwa placówki oświatowej  
(w przypadku ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego – imię i nazwisko):

**Szkoła Podstawowa nr 2 w Zalasewie**

Adres z kodem pocztowym: **ul. Jana Heweliusza 26**  
**62 - 020 Zalasewo**

Nr telefonu: **61 226 32 32**

Adres e-mail: **sekretariat@spzalasewo.pl**



pieczęć Ubezpieczającego

## 2. UBEZPIECZONY



Imię, nazwisko osoby, której dot. zgłaszane roszczenie:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

PESEL

Przynależność do klubu sportowego, sekcji sportowej, zespołu sportowego:

Nazwa, adres pocztowy, nr telefonu

Uprawiana dyscyplina sportu

Zawód wykonywany

## 3. UPRAWNIONY



Imię, nazwisko:

Adres z kodem pocztowym:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

## OPIS ZDARZENIA

### 4. DATA I MIEJSCE WYPADKU / DATA UJAWNIENIA CHOROBY

### 5. DATA ZGONU

Czy została wykonana sekcja zwłok (zaznaczyć właściwe pole):  TAK  NIE

### 6.

1) W przypadku nieszczęśliwego wypadku: przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku, rodzaj doznanych obrażeń (podać dokładnie i wyczerpująco).....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2) Czy do zdarzenia doszło w związku z przynależnością Ubezpieczonego do klubu/zespołu sportowego, sekcji sportowej? .....

.....  
.....

3) W przypadku choroby: rozpoznanie, przebieg leczenia, nazwisko lekarza prowadzącego leczenie .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

