

Jak zgłosić roszczenie z ubezpieczenia EDU Plus?

Krok I Przygotowanie informacji

I. Co przygotować?

- seria i numer polisy, z której będzie zgłaszane roszczenie
- dane osobowe osoby Ubezpieczonej
- dane Ubezpieczającego
- numer rachunku bankowego, na który ma zostać przekazane świadczenie

Krok II Zgłoszenie szkody

II. Jak zgłosić?

- **online** – za pośrednictwem strony internetowej www.interrisk.pl link poniżej: zgloszenie.interrisk.pl/assetclaim/new



- **telefonicznie** na numer telefonu **InterRisk Kontakt: (22) 575 25 25**
- **pocztą elektroniczną** na adres e-mail: szkody@interrisk.pl
- **pocztą** na adres: **skr.poczt. 3334, 40-610 Katowice**
- **druk zgłoszenia** roszczenia dostępny jest do pobrania na stronie www.interrisk.pl pod poniższym linkiem: www.interrisk.pl/szczegoly-produktu/szkolne-edu-plus/



Krok III Uzupełnienie dokumentów

III. Jakie dokumenty będą nam potrzebne do zgłoszenia roszczenia?



Zdarzenie	Dokumenty	Sposób wysłania
Nieszczęśliwy wypadek	<input type="checkbox"/> szczegółowy opis okoliczności wypadku, pamiętaj o podaniu daty i miejsca <input type="checkbox"/> kopia zgłoszenia zdarzenia Policji, jeśli została poinformowana <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia opisująca rodzaj doznanych obrażeń wraz z dokładną diagnozą <input type="checkbox"/> karta informacyjna ze szpitala	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
Zawał serca lub udar mózgu	<input type="checkbox"/> dokumentacja z leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> dokumentacja z Poradni Kardiologicznej, gdzie Ubezpieczony był leczony po przebytych zawałach <input type="checkbox"/> wynik EKG wykonany nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty przebytego zawału serca <input type="checkbox"/> dokumentacja z Poradni Neurologicznej lub od lekarza prowadzącego leczenie z opisem występujących dysfunkcji po przebytych udarach mózgu	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
Koszt zakupu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie	<input type="checkbox"/> kopia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie <input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty	<input type="checkbox"/> internet lub poczta <input type="checkbox"/> poczta
Koszt zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z odbytej wizyty w placówce medycznej <input type="checkbox"/> protokół powypadkowy sporządzony przez zespół powypadkowy powołany przez dyrektora placówki oświatowej lub oświadczenie dyrektora placówki oświatowej zawierające datę i opis okoliczności zdarzenia	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
	<input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty	<input type="checkbox"/> poczta
Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> kopia decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie której przyznano rentę szkoleniową osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o konieczności przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
	<input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty	<input type="checkbox"/> poczta
Koszty leczenia, koszty leczenia po ekspozycji, koszty leczenia stomatologicznego	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z odbytych wizyt, zabiegów, pobytu w szpitalu, operacji <input type="checkbox"/> w przypadku kosztów rehabilitacji – dokumentacja lekarska zawierająca skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
	<input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty	<input type="checkbox"/> poczta
Pobyt w szpitalu	<input type="checkbox"/> karta informacyjna ze szpitala	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
Śmierć Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> akt zgonu Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> statystyczna karta do karty zgonu lub inna dokumentacja potwierdzająca przyczynę śmierci <input type="checkbox"/> notatka policyjna lub dane jednostki prowadzącej sprawę <input type="checkbox"/> akt dziedziczenia lub notarialne poświadczenie dziedziczenia, w przypadku, gdy Ubezpieczony był pełnoletni i mógł mieć dzieci, które dziedziczą po nim w pierwszej kolejności <input type="checkbox"/> dane obojga rodziców (imię, nazwisko, adresy do korespondencji, dane kontaktowe) <input type="checkbox"/> w przypadku małoletniego poszkodowanego: oświadczenie od rodziców, że są spadkobiercami dziecka oraz że zobowiązują się do zwrotu świadczenia w przypadku ujawnienia innego spadkobiercy <input type="checkbox"/> numer rachunku bankowego obojga rodziców lub zgoda na wypłatę świadczenia na jedno konto (oświadczenie z odrębnymi podpisami)	<input type="checkbox"/> internet lub poczta

Zdarzenie	Dokumenty	Sposób wysłania
Śmierć rodzica/opiekuna w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> akt zgonu <input type="checkbox"/> akt urodzenia Ubezpieczonego lub inna dokumentacja potwierdzająca stopień pokrewieństwa <input type="checkbox"/> kopia karty zgonu lub dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę zgonu <input type="checkbox"/> notatka policyjna lub dane jednostki prowadzącej sprawę	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
Wypadek komunikacyjny	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia opisująca rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierająca dokładną diagnozę (z udzielenia pierwszej pomocy, przebiegu procesu leczenia oraz informacja o zakończonym leczeniu) <input type="checkbox"/> data wypadku i szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia <input type="checkbox"/> notatka z Policji/prokuratury lub dane jednostki prowadzącej sprawę <input type="checkbox"/> w przypadku poszkodowanego, który był kierowcą: numer prawa jazdy i data ważności oraz kopia dowodu rejestracyjnego	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
Zwrot kosztów medycznych z Pakietu Kleszcz	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z odbytej wizyty u lekarza podczas której dokonano usunięcia kleszcza, zawierająca skierowanie na badania diagnostyczne lub zalecenie antybiotykoterapii	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
	<input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty	<input type="checkbox"/> poczta
Zwrot kosztów opłaconej wycieczki	<input type="checkbox"/> zaświadczenie z placówki oświatowej będącej organizatorem wycieczki o braku udziału Ubezpieczonego w w/w wycieczce <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia opisująca rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierająca dokładną diagnozę (z udzielenia pierwszej pomocy, przebiegu procesu leczenia oraz informacja o zakończonym leczeniu) <input type="checkbox"/> data wypadku i szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
	<input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty	<input type="checkbox"/> poczta
Zwrot kosztów opłaconego czesnego	<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie – karta zgonu rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego <input type="checkbox"/> akt zgonu rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego lub orzeczenie sądu uznającego rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego za osobę zmarłą <input type="checkbox"/> akt urodzenia Ubezpieczonego lub inna dokumentacja potwierdzająca stopień pokrewieństwa <input type="checkbox"/> notatka policyjna lub dane jednostki prowadzącej sprawę	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
	<input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty	<input type="checkbox"/> poczta
Pokąsania, ukąszenia	<input type="checkbox"/> karta informacyjna ze szpitala <input type="checkbox"/> pełna dokumentacja z udzielenia pierwszej pomocy, przebiegu procesu leczenia oraz informacja o zakończonym leczeniu	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
Opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu	<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie informujące o okresie zwolnienia z pracy rodzica lub opiekuna prawnego w związku z opieką nad hospitalizowanym dzieckiem <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna dotycząca pobytu dziecka w szpitalu <input type="checkbox"/> oświadczenie rodzica lub opiekuna prawnego, iż podczas pobytu dziecka w szpitalu konieczne było sprawowanie nad dzieckiem opieki 24 godziny na dobę <input type="checkbox"/> w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego Poważną Chorobą – dokumentacja medyczna potwierdzająca datę rozpoznania Poważnej Choroby	<input type="checkbox"/> internet lub poczta

Zdarzenie	Dokumenty	Sposób wysłania
Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy	<p>W przypadku dzieci lub uczniów</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres niezdolności do nauki <input type="checkbox"/> zaświadczenie ze szkoły potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych <p>W przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kopia zaświadczenia lekarskiego/wydruk zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy potwierdzony za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła zaświadczenie <input type="checkbox"/> zaświadczenie stwierdzające zatrudnienie 	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
Uciążliwe leczenie	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z odbytych stacjonarnych wizyt w placówce medycznej lub zaświadczenie lekarskie/wydruk zaświadczenia lekarskiego zawierające informację o okresie czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy <input type="checkbox"/> potwierdzenie nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę. 	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie – karta zgonu Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą <input type="checkbox"/> statystyczna karta do karty zgonu lub inna dokumentacja potwierdzająca przyczynę śmierci <input type="checkbox"/> notatka policyjna lub dane jednostki prowadzącej sprawę <input type="checkbox"/> akt dziedziczenia lub notarialne poświadczenie dziedziczenia, w przypadku gdy Ubezpieczony był pełnoletni i mógł mieć dzieci, które dziedziczą po nim w pierwszej kolejności 	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty 	<input type="checkbox"/> poczta
Poważne Choroby	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pełna dokumentacja medyczna z wszystkich odbytych konsultacji potwierdzających zdiagnozowanie Poważnej Choroby w okresie ubezpieczenia 	<input type="checkbox"/> internet lub poczta

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia EDU Plus zatwierdzonych uchwałą nr 01/18/04/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 18kwietnia 2023r. dostępnych na stronie www.interrisk.pl

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy ul. St. Noakowskiego 22, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000054136, NIP 526-00-38-806, o kapitale zakładowym w kwocie 137.640.100,00 PLN (opłacony w całości).