

## 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](http://www.interrisk.pl) link poniżej: [zgloszenie.interrisk.pl/assetclaim/new](http://zgloszenie.interrisk.pl/assetclaim/new)



- **telefonicznie** na numer telefonu **InterRisk Kontakt: (22) 575 25 25**
- **pocztą elektroniczną** na adres e-mail: [szkody@interrisk.pl](mailto:szkody@interrisk.pl)
- **pocztą** na adres: **skr.poczt. 3334, 40-610 Katowice**
- **druk zgłoszenia** roszczenia dostępny jest do pobrania na stronie [www.interrisk.pl](http://www.interrisk.pl) pod poniższym linkiem: [www.interrisk.pl/szczegoly-produktu/szkolne-edu-plus/](http://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
<b>Nieszczęśliwy wypadek</b>	<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
<b>Zawał serca lub udar mózgu</b>	<input type="checkbox"/> dokumentacja z leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> dokumentacja z Poradni Kardiologicznej, gdzie Ubezpieczony był leczony po przebytych zawale <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 udarze mózgu	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
<b>Koszt zakupu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie</b>	<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"/> <b>poczta</b>
<b>Koszt zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej</b>	<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"/> <b>poczta</b>
<b>Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych</b>	<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"/> <b>poczta</b>
<b>Koszty leczenia, koszty leczenia po ekspozycji, koszty leczenia stomatologicznego</b>	<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"/> <b>poczta</b>
<b>Pobyt w szpitalu</b>	<input type="checkbox"/> karta informacyjna ze szpitala	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
<b>Śmierć Ubezpieczonego</b>	<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 odręcznymi podpisami)	<input type="checkbox"/> internet lub poczta

Zdarzenie	Dokumenty	Sposób wysłania
<b>Śmierć rodzica/opiekuna w następstwie nieszczęśliwego wypadku</b>	<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
<b>Wypadek komunikacyjny</b>	<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
<b>Zwrot kosztów medycznych z Pakietu Kleszcz</b>	<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"/> <b>poczta</b>
<b>Zwrot kosztów opłaconej wycieczki</b>	<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"/> <b>poczta</b>
<b>Zwrot kosztów opłaconego czesnego</b>	<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"/> <b>poczta</b>
<b>Pokąsania, ukąszenia</b>	<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
<b>Opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu</b>	<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
<b>Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy</b>	<p><b>W przypadku dzieci lub uczniów</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres niezdolności do nauki</li> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie ze szkoły potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych</li> </ul> <p><b>W przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie stwierdzające zatrudnienie</li> </ul>	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
<b>Uciążliwe leczenie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><input type="checkbox"/> potwierdzenie nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
<b>Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie – karta zgonu Ubezpieczonego</li> <li><input type="checkbox"/> akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą</li> <li><input type="checkbox"/> statystyczna karta do karty zgonu lub inna dokumentacja potwierdzająca przyczynę śmierci</li> <li><input type="checkbox"/> notatka policyjna lub dane jednostki prowadzącej sprawę</li> <li><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</li> </ul>	<input type="checkbox"/> internet lub poczta
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>poczta</b>
<b>Poważne Choroby</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> pełna dokumentacja medyczna z wszystkich odbytych konsultacji potwierdzających zdiagnozowanie Poważnej Choroby w okresie ubezpieczenia</li> </ul>	<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](http://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).