AGRO Ubezpieczenia

Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków i chorób dzieci osób objętych społecznym ubezpieczeniem rolników w pełnym zakresie

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

1. Należy wypełnić wszystkie części formularza podając prawdziwe i wyczerpujące informacje.
2. Do wypełnionego formularza należy dołączyć kompletną dokumentację zgodnie z wykazem dokumentów wskazanym w formularzu w części „Informacje dla zgłaszającego roszczenie".
3. Pomoc w wypełnieniu formularza można uzyskać kontaktując się z Infolinią Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych pod numerem telefonu: **48 370 43 21** (pon.-pt. 8.00-18.00).
4. Wypełniony formularz wraz z dokumentami (skany lub kserokopie) należy wysłać na adres e-mail: **zgloszenia.krus@ubezpieczeniapocztowe.pl** lub listem poleconym na adres: Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Mickiewicza 19, 26-600 Radom.

1. Numer Polisy

Rodzaj zdarzenia

- ☐ 2. Śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
- ☐ 3. Śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce na terenie gospodarstwa rolnego
- ☐ 4. Śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego
- ☐ 5. Śmierć rolnika wskutek nieszczęśliwego wypadku
- ☐ 6. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
- ☐ 7. Uszkodzenie ciała dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
- ☐ 8. Porażenie dziecka prądem elektrycznym lub piorunem
- ☐ 9. Zatrucie dziecka środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami
- ☐ 10. Pokąsanie, ukąszenie, pogryzienie, ugryzienie dziecka przez zwierzęta
- ☐ 11. Oparzenie lub odmrożenie ciała dziecka
- ☐ 12. Wstrząśnienie mózgu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
- ☐ 13. Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ☐ 14. Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby
- ☐ 15. Koszty leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku dziecka
- ☐ 16. Koszty leczenia stomatologicznego następstw nieszczęśliwego wypadku dziecka
- ☐ 17. Koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych dla dziecka
- ☐ 18. Poważne zachorowanie dziecka
- ☐ 19. Operacje chirurgiczne dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
- ☐ 20. Sepsa
- ☐ 21. Wady wrodzone serca

Dane poszkodowanego (Ubezpieczonego rolnika lub Ubezpieczonego dziecka)

22. Imię

23. Nazwisko

24. Nazwisko rodowe

25. PESEL

Adres korespondencyjny poszkodowanego

26. Ulica

27. Nr domu / mieszkania

28. Kod pocztowy

29. Miejscowość

30. Telefon komórkowy

31. Adres e-mail

Dane zgłaszającego

32. Imię

33. Nazwisko

34. Nazwisko rodowe

35. PESEL

Adres korespondencyjny zgłaszającego

36. Ulica

37. Nr domu / mieszkania

38. Kod pocztowy

39. Miejscowość

40. Telefon komórkowy

41. Adres e-mail

Opis zdarzenia

42. Data zdarzenia DD / MM / RRRR

43. Godzina :

44. Miejsce, okoliczności i przebieg zdarzenia

45. Odniesione wskutek zgłaszanego zdarzenia obrażenia ciała

46. Czy do opisywanego zdarzenia doszło w wyniku uprawiania sportu (podczas treningu) w ramach klubów, związków sportowych lub organizacji sportowych? Jeżeli zaznaczono „TAK" proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych. ☐ 47. TAK ☐ 48. NIE

49. Czy części ciała opisywane w punkcie 45 były uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia? ☐ 50. TAK ☐ 51. NIE

Przebieg leczenia poszkodowanego (Ubezpieczonego dziecka)

52. Zakłady lecznicze, w których leczył się poszkodowany w związku z wypadkiem

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

53. Czy leczenie i rehabilitacja zakończyły się?

☐ 54. NIE, jestem w trakcie leczenia i rehabilitacji, przewidywana data zakończenia leczenia D D / M M / R R R R

☐ 55. TAK, data zakończenia leczenia D D / M M / R R R R

56. Czy na miejsce zdarzenia była wzywana policja/pogotowie ratunkowe? ☐ 57. TAK ☐ 58. NIE

59. Czy poszkodowany był przyjęty na szpitalny oddział ratunkowy/izbę przyjęć szpitala? ☐ 60. TAK ☐ 61. NIE

62. Czy w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie wyjaśniające przez organy policji, prokuratury lub sądu? ☐ 63. TAK ☐ 64. NIE

	Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA			
PROKURATURA			
SĄD			
POGOTOWIE RATUNKOWE			

65. Czy zdarzenie miało miejsce na terenie gospodarstwa rolnego? ☐ 66. TAK ☐ 67. NIE

68. Czy sporządzono protokół lub kartę wypadku, itp.? ☐ 69. TAK ☐ 70. NIE

71. Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był trzeźwy i nie był pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków? ☐ 72. TAK ☐ 73. NIE

Informacja dla zgłaszającego roszczenie

Niniejszy formularz należy wypełnić i przesłać po zakończeniu leczenia i rehabilitacji dziecka.

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia w przypadku urazu (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

☐ 74. kopia zaświadczenia o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu w pełnym zakresie (ubezpieczenie emerytalno-rentowe oraz wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie) za okres, w którym doszło do wypadku

☐ 75. dwustronna kserokopia dowodu osobistego rodzica lub opiekuna prawnego dziecka

☐ 76. kopia dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo poszkodowanego dziecka z Ubezpieczonym rolnikiem, np. akt urodzenia dziecka

☐ 77. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej dziecku bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego)

☐ 78. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego dziecka

☐ 79. kopia dokumentacji medycznej z leczenia skutków urazu (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań, np: RTG, USG, TK, MR, etc.)

☐ 80. kopia orzeczenia lekarskiego wystawionego przez lekarza orzecznika KRUS lub komisję lekarską działającą przy KRUS

☐ 81. kopia dokumentacji z policji/prokuratury/sądu (jeżeli zdarzenie, w wyniku którego doszło do powstania uszkodzeń ciała, było przedmiotem postępowania ww. organów)

☐ 82. kopia protokołu sporządzonego przez pracownika KRUS (oględziny miejsca i przedmiotów związanych z wypadkiem oraz zeznania świadków zdarzenia na temat okoliczności i przyczyn zaistniałej sytuacji)

☐ 83. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)

☐ 84. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)

☐ 85. oryginały rachunków, paragonów, faktur lub innych dowodów zapłaty potwierdzające poniesione koszty leczenia dziecka

☐ 86. bilety lub faktury potwierdzające koszty dojazdu do placówek medycznych lub rehabilitacyjnych

☐ 87. inne .....

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego dziecka lub Ubezpieczonego rolnika (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

☐ 88. kopia zaświadczenia o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu w pełnym zakresie (ubezpieczenie emerytalno-rentowe oraz wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie) za okres, w którym doszło do zgonu Ubezpieczonego

☐ 89. dwustronna kserokopia dowodu osobistego każdego Uposażonego

☐ 90. kopia odpisu skróconego aktu zgonu poszkodowanego

☐ 91. kopia statystycznej karty zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, inny dokument medyczny określający przyczynę śmierci poszkodowanego (np. zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, karta informacyjna leczenia szpitalnego)

☐ 92. kopia protokołu sporządzonego przez pracownika KRUS (oględziny miejsca i przedmiotów związanych z wypadkiem oraz zeznania świadków zdarzenia na temat okoliczności i przyczyn zaistniałej sytuacji)

☐ 93. kopia protokołu z sekcji zwłok (jeżeli został sporządzony)

☐ 94. kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca wystąpienie u poszkodowanego zawału serca lub udaru mózgu (jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku zawału serca lub udaru)

☐ 95. kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialne potwierdzenie dziedziczenia (jeżeli nie został wskazany Uposażony)

☐ 96. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu np: prawo jazdy, karta motorowerowa, karta rowerowa (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)

☐ 97. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Rodziny Hiszpańskich 8, 02-685 Warszawa, wpisane do rejestru przedsiębiorców KRS prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000145607, NIP 113-24-01-245, REGON 015318360, kapitał zakładowy: 54.500.000 zł, w pełni opłacony.

Dyspozycja wypłaty świadczenia

98. Przelew na rachunek bankowy numer

Dane właściciela rachunku

99. Imię

100. Nazwisko

101. Ulica

102. Nr domu / mieszkania

103. Kod pocztowy

104. Miejscowość

Oświadczenia zgłaszającego

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego roszczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszym zgłoszeniu. Mam świadomość, że w każdej chwili mogę zażądać przesyłania korespondencji w formie pisemnej. ☐ 105. TAK ☐ 106. NIE
3. Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznanym świadczeniu. ☐ 107. TAK ☐ 108. NIE
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych dostępnym na stronie internetowej www.ubezpieczeniapocztowe.pl ☐ 109. TAK ☐ 110. NIE
5. Działając jako przedstawiciel ustawowy dziecka:

111. Imię dziecka

112. Nazwisko dziecka

113. PESEL dziecka

upoważniam lekarzy, szpitale oraz inne placówki opieki zdrowotnej do udzielenia Pocztowemu Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie („Towarzystwo") w celu ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości - informacji o stanie zdrowia dziecka (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), dotyczących przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego (w tym wykonanych w ich trakcie badań diagnostycznych i ich wyników oraz innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań) oraz wyników przeprowadzonych dziecku konsultacji. Wyrażam zgodę na udostępnienie w powyższym zakresie Towarzystwu dokumentacji medycznej leczenia dziecka przez podmioty udzielające mu świadczeń zdrowotnych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie powyższych informacji i dokumentacji po śmierci dziecka, w tym również o wynikach sekcji zwłok, jeśli zostanie przeprowadzona.

6. Upoważniam Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych do wystąpienia z żądaniem do innych zakładów ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia i jego wysokości. ☐ 114. TAK ☐ 115. NIE
7. Upoważniam Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych do wystąpienia z wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia o udostępnienie danych przetwarzanych w systemach Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących udzielonych mi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, a także przyczyny mojej śmierci. ☐ 116. TAK ☐ 117. NIE

118. Miejscowość

119. Data DD / MM / RRRR

120. Podpis zgłaszającego