

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

- Należy wypełnić wszystkie części formularza podając prawdziwe i wyczerpujące informacje.
- Do wypełnionego formularza należy dołączyć kompletną dokumentację zgodnie z wykazem dokumentów wskazanym w formularzu w części „Informacje dla zgłaszającego roszczenie”.
- Pomoc w wypełnieniu formularza można uzyskać kontaktując się z Infolinią Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych pod numerem telefonu: **48 370 43 21** (pon.-pt. 8.00-18.00).
- 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

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

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

/ /

55. TAK, data zakończenia leczenia

/ /

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

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

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

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

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

85. bilety lub faktury potwierdzające koszty dojazdu do placówek medycznych lub rehabilitacyjnych

86. inne

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

87. 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

88. dwustronna kserokopia dowodu osobistego każdego Uposażonego

89. kopia odpisu skróconego aktu zgonu poszkodowanego

90. 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)

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

92. kopia protokołu z sekcji zwłok (jeżeli został sporządzony)

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

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

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

96. 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.

Dyspozycja wypłaty świadczenia

97. Przelew na rachunek bankowy numer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane właściciela rachunku

98. Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

99. Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

100. Ulica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

101. Nr domu / mieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

102. Kod pocztowy

				-															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

103. 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. 104. TAK 105. NIE

3. Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznaniu świadczenia. 106. TAK 107. NIE

4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych dostępnym na stronie internetowej www.ubezpieczeniapocztowe.pl 108. TAK 109. NIE

5. Działając jako przedstawiciel ustawowy dziecka:

110. Imię dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

111. Nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

112. PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

upoważniam lekarzy, szpitale oraz inne placówki opieki zdrowotnej do udzielenia Pocztove 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 rokowani) 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 Pocztove 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. 113. TAK 114. NIE

7. Upoważniam Pocztove 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. 115. TAK 116. NIE

117. Miejscowość

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

118. Data

				/					/										
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

119. Podpis zgłaszającego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--