



ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Nr szkody

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko					
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL		E-mail			
Nr telefonu		Nr paszportu (wypełniają obcokrajowcy)			

II. DANE ROSZCZĄCEGO / RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA, JEŻELI WYPADKOWI ULEGŁ NIELETNI

Imię i nazwisko/Nazwa					
Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL		E-mail			
Nr telefonu		Nr paszportu (wypełniają obcokrajowcy)			

III. DANE Z POLISY

Nr polisy	lub numer potwierdzenia
Okres ubezpieczenia (DD:MM:RRRR)	Suma ubezpieczenia
od _ _ _ _ _ _ _ _ _ do _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Przy umowie grupowego ubezpieczenia konieczne jest wypełnienie przez Ubezpieczającego części „Oświadczanie Ubezpieczającego”

IV. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO (ZAKŁAD PRACY, PLACÓWKA SZKOLNA ITP.)

Data odpłacenia składki/ostatniej raty składki (DD:MM:RRRR) Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacane były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za Ubezpieczonego?* Czy opłacano składkę za miesiąc, w którym wystąpiło zdarzenie?* Data zatrudnienia Ubezpieczonego w zakładzie pracy* (DD:MM:RRRR)	Pieczęć Ubezpieczającego
---	---------------------------------

V. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

[illegible]

Nazwiska, adresy i telefony ewentualnych świadków wypadku

Czy był sporządzony protokół/prowadzone dochodzenie w sprawie wypadku? Jeśli TAK, to gdzie, przez kogo oraz jaki jest nr i wynik zakończenia sprawy?

☐ NIE ☐ TAK

Przebieg leczenia (proszę zaznaczyć **X** odpowiednią rubrykę)

☐ Szpitalny Oddział Ratunkowy/Ambulatorium (proszę podać dane adresowe palcówki, nazwisko lekarza)

☐ Leczenie powypadkowe (proszę wpisać dane imienne oraz adresowe lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego), poradni specjalistycznych i rehabilitacyjnych)

Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli NIE proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia (DD:MM:RRRR)

☐ NIE ☐ TAK

VI. ZGŁASZANE ROSZCZENIA

Zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia zgłaszam następujące roszczenia

- ☐ Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu
- ☐ Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku
- ☐ Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy

☐ Zwrot kosztów leczenia w kwocie (zgodnie z załączonymi rachunkami)

☐ Zwrot kosztów rehabilitacji w kwocie (zgodnie z załączonymi rachunkami)

VII. O WIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/UPRAWNIONEGO - PROSZĘ O WYPŁATĘ WIADCZENIA:

- ☐ Przelewem na konto nr
w banku
- ☐ Przekazem pocztowym na mój adres

Ja, niżej podpisany, świadomy konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe i kompletne.

Zgodnie z art. 23 § 1 pkt 1 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 133, poz. 883) wyrażam zgodę na zasięganie przez Ubezpieczyciela wszystkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia do daty podpisania niniejszego oświadczenia i po tej dacie u każdego lekarza i w każdej placówce służby zdrowia. Upoważniam lekarzy oraz wszystkie placówki służby zdrowia do udzielania Ubezpieczycielowi wszelkich informacji medycznych, udostępnienia dokumentów medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia, w tym zdrowia psychicznego.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Ubezpieczyciela informacji dotyczących mojej osoby, niezbędnych w prowadzonym przez Towarzystwo postępowaniu likwidacyjnym, w urzędach państwowych i samorządowych, sądach i prokuraturze, policji oraz w innym zakładzie ubezpieczeń.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 133, poz. 883 z późn. zmianami), Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z zawartej umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej inne cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

☐ Wyrażam zgodę na doręczanie przez Ubezpieczyciela wszelkich dokumentów niezbędnych do zawarcia, potwierdzenia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz wszelkiej korespondencji związanej ze zgłoszeniem i likwidacją szkody, jak też ze złożoną skargą czy odwołaniem, za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail) na podany przeze mnie adres tej poczty.

Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/
uprawnionego

Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)

Podpis

Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie

Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)

Podpis