



ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

| |
|-----------------------|
| Numer 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 | | | | |
| Numer telefonu | Numer paszportu (wypełniają obcokrajowcy) | | | | |
| Status prawny | <input type="checkbox"/> Współmałżonek | | <input type="checkbox"/> Dziecko | | <input type="checkbox"/> Konkubent |
| Klasa ryzyka | <input type="checkbox"/> I Klasa | | <input type="checkbox"/> II Klasa | | <input type="checkbox"/> III Klasa |

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

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

III. DANE Z POLISY

| | | |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Numer polisy | Numer potwierdzenia (opcjonalnie) | |
| Okres ubezpieczenia | Od (DD:MM:RRRR) _____ | Do (DD:MM:RRRR) _____ |
| | | Suma ubezpieczenia |

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

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

| | | |
|---|---|--------------------------|
| Data odpłacenia składki/ostatniej raty składki | DD:MM:RRRR _____ | Pieczęć Ubezpieczającego |
| Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacane były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za Ubezpieczonego? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| Czy opłacano składkę za miesiąc, w którym wystąpiło zdarzenie? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| Data zatrudnienia Ubezpieczonego w zakładzie pracy | DD:MM:RRRR _____ | |

V. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Data wypadku (DD:MM:RRRR) _____ | Godzina wypadku (GG:MM) _____ | Miejsce wypadku _____ |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------|

Okoliczności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń

| | |
|--|---|
| Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
|--|---|

Czy wypadek związany był z

| | | |
|---|---|--|
| Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Jeśli tak proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych |
| Zawałem serca | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| Udarem mózgu | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |

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? | | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | | |
| Przebieg leczenia (proszę zaznaczyć X odpowiednią rubrykę) | | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> | Szpitalny Oddział Ratunkowy/Ambulatorium (proszę podać dane adresowe palcówki, nazwisko lekarza) | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | Leczenie powypadkowe (proszę wpisać dane imienne oraz adresowe lekarza pierwszego kontaktu [rodzinnego], poradni specjalistycznych i rehabilitacyjnych) | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli nie proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia | DD:MM:RRRR |

VI. ZGŁASZANE ROSZCZENIA

Zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia zgłaszam następujące roszczenia

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu |
| <input type="checkbox"/> | Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> | Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy |
| <input type="checkbox"/> | Dzienne świadczenie szpitalne |
| <input type="checkbox"/> | Zwrot kosztów leczenia w kwocie (zgodnie z załączonymi rachunkami) |
| <input type="checkbox"/> | Zwrot kosztów rehabilitacji w kwocie (zgodnie z załączonymi rachunkami) |
| <input type="checkbox"/> | Zasiłek dzienny z tytułu pełnej niezdolności do pracy/nauki za okres (zgodnie z załączonymi zwolnieniami lekarskimi) |

VII. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/UPRAWNIONEGO - PROSZĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Przelewem na konto numer w banku |
| <input type="checkbox"/> | 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 zasięgnięcie 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 zasięgnięcie 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.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 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 |