



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 pacjenta, 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.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. do uzyskiwania, na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia/objęcia ochroną ubezpieczeniową. tak nie

Upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. na podstawie art. 38 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do uzyskiwania, również w mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również ustaleniem mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia/objęcia ochroną ubezpieczeniową. tak nie

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.

Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem danych osobowych, które będą przetwarzane w celu likwidacji szkody, wykonania umowy ubezpieczenia, rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań i przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

Wnoszę o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. tak nie

Adres e-mail do korespondencji, należący do

| | | |
|---|--|--------|
| 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 |