



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
Zawałem serca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Udarem mózgu	<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
Zawałem serca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Udarem mózgu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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), Sopockie 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 zawartą umową 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