



**ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Nr szkody

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko					
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL				Nr faksu	
Nr telefonu prywatny			Nr paszportu (wypełniają obcokrajowcy)		
Nr telefonu służbowy					

DANE RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA, JEŻELI WYPADKOWI ULEGŁ NIELETNI

Imię i nazwisko/Nazwa					
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL				Nr faksu	
Nr telefonu prywatny			Nr paszportu (wypełniają obcokrajowcy)		
Nr telefonu służbowy					

DANE Z POLISY

Numer polisy	lub numer potwierdzenia
Okres ubezpieczenia (DD:MM:RRRR)	Suma ubezpieczenia:
Od do	

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

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO (zakład pracy, placówka szkolna itp.)

Data opłacenia składki/ostatniej raty składki (DD:MM:RRRR)	
Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacone były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za ubezpieczonego?*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Czy opłacono składkę za m-c, w którym wystąpiło zdarzenie?*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Data zatrudnienia Ubezpieczonego w zakładzie pracy* (DD:MM:RRRR)	
Pieczęć Ubezpieczającego	

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

Data (DD:MM:RRRR)	i godzina wypadku (gg:mm)	Miejsce wypadku
Opis okoliczności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń		
Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających?		
NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
Czy wypadek był związany z:		
wyczynowym uprawianiem sportu/ /udziałem w zajęciach sportowych	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	jeśli TAK proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych
zawałem serca	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	
udarem mózgu	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	

*) nie dotyczy placówek szkolnych



EHM01020030031010

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

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 numer i wynik zakończenia sprawy:	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
.....	
Lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu poszkodowanego (imię, nazwisko, adres zatrudnienia)	
.....	
.....	
Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy poszkodowanemu:	
.....	
Gdzie poszkodowany leczył się po wypadku:	
.....	
Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli NIE proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia:	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
.....	

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

dzienne świadczenie szpitalne

zwrot kosztów leczenia w kwocie: (zgodnie z załączonymi rachunkami)

zwrot kosztów rehabilitacji w kwocie: (zgodnie z załączonymi rachunkami)

zasiłek dzienny z tytułu pełnej niezdolności do pracy/nauki za okres:
..... (zgodnie z załączonymi zwolnieniami lekarskimi)

inne:

.....

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/UPRAWNIONEGO – Proszę o wypłatę świadczenia:

przelewem na konto nr
w banku:

przekazem pocztowym na mój adres

gotówką

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.

Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/uprawnionego	Miejscowość Data (DD-MM-RRRR)	Podpis
Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie	Miejscowość Data (DD-MM-RRRR)	Podpis

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 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 umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służymy 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.

OS/ZS009/1010 str. 2/2

Skontaktuj się z nami:
www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora



EHM02020030031010