



Nr szkody

ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami.

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)		
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)		
służbowy					

DANE Z POLISY

Numer polisy	lub numer potwierdzenia
Okres ubezpieczenia	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	Pieczeń Ubezpieczającego
Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacone były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za ubezpieczonego? **	
Czy opłacono składkę za m-c, w którym wystąpiło zdarzenie? **	
Data zatrudnienia ubezpieczonego w zakładzie pracy **	

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

Data	i godzina wypadku	Miejsce wypadku
Opis okoliczności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń		
Czy w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających?		
Czy wypadek był związany z:		
Wyczynowym uprawianiem sportu/ /udziałem w zajęciach sportowych	NIE TAK	jeśli TAK proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych
Zawałem serca	NIE TAK	
Udarem mózgu	NIE TAK	

*) pierwsze trzy pola - numer kierunkowy lub numer operatora telefonii komórkowej, pola następane - numer właściwy;
(pustą kratkę wypełniamy znakiem „x”)

x 5 6 6 5 5 2 3 2 3 6 0 1 6 5 5 2 3 2 x

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

Nazwiska, adresy i telefony ewentualnych świadków wypadku

.....

.....

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

.....

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? NIE TAK
 Jeśli NIE proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia:

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 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.

Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/uprawnionego miejscowość dzień miesiąc rok	Podpis
Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie miejscowość dzień miesiąc rok	Podpis

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. 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 k.c., 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.

Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów
Hestia Kontakt 0 801 107 107*
 lub **(+58) 555 55 55**
 * opłata za połączenie równa jednostce taryfikacyjnej TP SA