ERGO HESTIA

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
służbowy

Nr paszportu (wypełniają obcokrajowcy)

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
służbowy

Nr paszportu (wypełniają obcokrajowcy)

DANE Z POLISY

Numer polisy | lub numer potwierdzenia

Okres ubezpieczenia (DD:MM:RRRR)
Od do

Suma ubezpieczenia:

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?* ☐ NIE ☐ TAK

Czy opłacono składkę za m-c, w którym wystąpiło zdarzenie?* ☐ NIE ☐ 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 ☐ TAK ☐

Czy wypadek był związany z:

wyczynowym uprawianiem sportu/ /udziałem w zajęciach sportowych	NIE ☐	TAK ☐
zawałem serca	NIE ☐	TAK ☐
udarem mózgu	NIE ☐	TAK ☐

jeśli TAK proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych

*) nie dotyczy placówek szkolnych

EHM01020030031010

Hestia Kontakt 801 107 107*, 58 555 5 555
*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora
www.ergohestia.pl

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 ..... 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 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.

EHM02020030031010

Hestia Kontakt 801 107 107*, 58 555 5 555
*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora
www.ergohestia.pl