



## ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Numer szkody

LU20 / /

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				
		(wymagany)				
Numer telefonu		Numer paszportu (wypełniają obcokrajowcy)				

### III. DANE Z POLISY

Numer polisy	903013478505		Numer potwierdzenia (opcjonalnie)	_____
Okres ubezpieczenia	Od (DD:MM:RRRR)	01:09:2020	Do (DD:MM:RRRR)	31:08:2021
			Suma ubezpieczenia	14.000,-

Przy umowie grupowego ubezpieczenia konieczne jest wypełnienie przez Ubezpieczającego części „Oświadczanie Ubezpieczającego”

#### IV. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO (ZAKŁAD PRACY, PLACÓWKA SZKOLNA ITP.)

Data odpłacenia składki/ostatniej raty składki <span style="float: right;">nie dotyczy</span> <span style="float: right;">DD:MM:RRRR</span> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> </div>		Pieczęć Ubezpieczającego
Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacane były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za Ubezpiezonego? <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</span>		
Czy opłacano składkę za miesiąc, w którym wystąpiło zdarzenie? <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</span>		
Data zatrudnienia Ubezpiezonego w zakładzie pracy <span style="float: right;">nie dotyczy</span> <span style="float: right;">DD:MM:RRRR</span> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> </div>		pieczętka szkoły, potwierdzenie opłacenia składki

## V. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

Data wypadku (DD:MM:RRRR) <input type="text"/>	Godzina wypadku (GG:MM) <input type="text"/>	Miejsce wypadku <input type="text"/>
---	---	--------------------------------------

Okoliczności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń

Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających?

☐ Tak ☐ Nie

Czy wypadek związany był z

Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeśli <b>tak</b> 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
<div></div>		
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)	
<div></div>		
<input type="checkbox"/>	Leczenie powypadkowe (proszę wpisać dane imienne oraz adresowe lekarza pierwszego kontaktu [rodzinnego], poradni specjalistycznych i rehabilitacyjnych)	
<div></div>		
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli nie proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia	DD:MM:RRRR <div></div>

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 <div></div> (zgodnie z załączonymi rachunkami)
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów rehabilitacji w kwocie <div></div> (zgodnie z załączonymi rachunkami)
<input type="checkbox"/>	Zasilek dzienny z tytułu pełnej niezdolności do pracy/nauki za okres <div></div> (zgodnie z załączonymi zwolnieniami lekarskimi)

VII. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/UPRAWNIONEGO - PROSZĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

<input checked="" type="checkbox"/>	Przelewem na konto numer w banku <div></div>
<div></div>	
<input type="checkbox"/>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<div></div>	

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 po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały 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 rakowaniach 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 rakowaniach; 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](http://www.ergohestia.pl), pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: [iod@ergohestia.pl](mailto:iod@ergohestia.pl). Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na [www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie](http://www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie) oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

Wnioskuję 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 <div></div> , należący do <div></div>		
Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/uprawnionego	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) Bystrzyca Stara <div></div>	Podpis
Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) Bystrzyca Stara <div></div>	Podpis