



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 (wypełniając 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 (wypełniając 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 ubezpiezonego?*	☐ NIE ☐ TAK
Czy opłacono składkę za m-c, w którym wystąpiło zdarzenie?*	☐ NIE ☐ TAK
Data zatrudnienia Ubezpieczonego w zakładzie pracy* (DD-MM:RRRR)	
Pieczeń 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 ☐	jeśli TAK proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych
zawałem serca	NIE ☐ TAK ☐	
udarem mózgu	NIE ☐ TAK ☐	

*) nie dotyczy placówek szkolnych

OS/ZS009/1010 str. 1/2

Skontaktuj się z nami:

www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora



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 ☐ TAK ☐
.....	
Lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu poszkodowanego (imię, nazwisko, adres zatrudnienia)	
.....	
.....	
Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy poszkodowanemu:	
.....	
Gdzie poszkodowany leczyl się po wypadku:	
.....	
Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli NIE proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia:	NIE ☐ TAK ☐
.....	

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 służę 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