



# ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Numer szkody
_____ / _____ / _____

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				
Numer telefonu	Numer paszportu (wypełniają obcokrajowcy)				

## III. DANE Z POLISY

Numer polisy	Numer potwierdzenia (opcjonalnie)	
Okres ubezpieczenia	Od (DD:MM:RRRR) _____	Do (DD:MM:RRRR) _____
		Suma ubezpieczenia

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

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

Data odpłacenia składki/ostatniej raty składki	DD:MM:RRRR _____	Pieczęć Ubezpieczającego
Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacane były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za Ubezpieczonego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy opłacano składkę za miesiąc, w którym wystąpiło zdarzenie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Data zatrudnienia Ubezpieczonego w zakładzie pracy	DD:MM:RRRR _____	

## V. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

Data wypadku (DD:MM:RRRR) _____	Godzina wypadku (GG:MM) _____	Miejsce wypadku _____
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------

Okoliczności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
--	---

Czy wypadek związany był z

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

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

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

<input type="checkbox"/>	Przelewem na konto numer w banku .....
<input type="checkbox"/>	Przekazem pocztowym na mój adres .....

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.  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 wysokości 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.  tak  nie

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.

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.

Wnoszę 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 ....., należący do .....

Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/uprawnionego	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) .....	Podpis
Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) .....	Podpis