

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	903013829324	Numer potwierdzenia (opcjonalnie)	
Okres ubezpieczenia	Od (DD:MM:RRRR) 01:09:2021	Do (DD:MM:RRRR) 31:08:2022	Suma ubezpieczenia 14.000,-

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	nie dotyczy	DD:MM:RRRR	Pieczęć Ubezpieczającego
Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacane były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za Ubezpieczonego?	<input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Czy opłacano składkę za miesiąc, w którym wystąpiło zdarzenie?	<input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Data zatrudnienia Ubezpieczonego w zakładzie pracy	nie dotyczy	DD:MM:RRRR	pieczęć szkoły, potwierdzenie opłacenia składki

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?

☐ Tak ☐ 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?

☐ Tak ☐ Nie

Przebieg leczenia (proszę zaznaczyć ☒ odpowiednią rubrykę)

☐ Tak ☐ Nie

☐ Szpitalny Oddział Ratunkowy/Ambulatorium (proszę podać dane adresowe palcówki, nazwisko lekarza)

☐ Leczenie powypadkowe (proszę wpisać dane imienne oraz adresowe lekarza pierwszego kontaktu [rodzinnego], poradni specjalistycznych i rehabilitacyjnych)

☐ Tak ☐ 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

☐

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)

☐

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

☒

Przelewem na konto numer w banku

☐

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 rokowaniach 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 rokowaniach; 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 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, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na 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) Bystrzyca Stara	Podpis
Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) Bystrzyca Stara	Podpis

OS/ZS009/1805 str. 2/2

Skontaktuj się z nami:
www.ergohestia.pl