ERGO HESTIA

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	☐ Współmałżonek	☐ Dziecko	☐ Konkubent		
Klasa ryzyka	☐ I Klasa	☐ II Klasa	☐ 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 „Oświadczanie 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?*	☐ Tak ☐ Nie	
Czy opłacano składkę za miesiąc, w którym wystąpiło zdarzenie?*	☐ Tak ☐ 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? ☐ Tak ☐ Nie

Czy wypadek związany był z

Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych	☐ Tak ☐ Nie	Jeśli tak proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych
Zawałem serca	☐ Tak ☐ Nie	
Udarem mózgu	☐ Tak ☐ Nie	

Nazwiska, adresy i telefony ewentualnych świadków wypadku

.....

.....

.....

Skontaktuj się z nami:
www.ergohestia.pl

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 X odpowiednią rubrykę)	☐ Tak ☐ Nie
☐ Szpitalny Oddział Ratunkowy/Ambulatorium (proszę podać dane adresowe placówki, 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 złączonymi rachunkami)
☐	Zwrot kosztów rehabilitacji w kwocie ..... (zgodnie z złączonymi rachunkami)
☐	Zasiłek 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 .....
.....	
☐	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 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. ☐ 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.

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 ....., 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

Skontaktuj się z nami:
www.ergohestia.pl

ERGO HESTIA®

Nr szkody

/ /

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPOSOBU WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Z dnia (DD:MM:RRRR)

Ja niżej podpisany

(imię i nazwisko, nazwa firmy)

proszę o wypłatę odszkodowania z tytułu przedmiotowej szkody na rachunek bankowy:

nr rachunku/konta

właściciel rachunku/konta

(imię i nazwisko / nazwa firmy) (PESEL / REGON)

zam.

(adres zamieszkania/adres siedziby firmy)

Podpis przedstawiciela ERGO Hestii	Miejscowość: Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Poszkodowanego (lub opiekuna prawnego)

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.

GR/OSW01/1805

Skontaktuj się z nami:
www.ergohestia.pl