

**ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Numer szkody (jeżeli zdarzył się)

Numer polisy

436000339400

Prosimy o czytelne wypełnienia 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)				

Wniosekuję o przesłanie przez Sopotckie 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 _____

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					

III. 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:

Zawałem serca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	OKRĘG POLSKIEGO ZWIĄZKU WĘDKARSKIEGO W KATOWICACH ul. Wróblewskiego 35, 40-214 Katowice (32) 203-81-12, 203-84-92, 258-50-96 Regon 272789860 NIP 954-10-01-441
Udarem mózgu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Uczestnictwem w ekspedycji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Jeżeli Tak - proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych		

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"/> Szpitalny Oddział Ratunkowy/Ambulatorium (proszę podać dane adresowe pałeczki, nazwisko lekarza)	
<input type="checkbox"/> Leczenie powypadkowe (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

IV. 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 / do wykonywania pracy w jakimkolwiek zawodzie (niepotrzebne skreślić)
<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)
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów operacji plastycznej
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów pogrzebu

V. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/UPRAWNIENEGO - PROSZĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

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

Já, 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 Sopotckie 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 udzielił 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 ustalenia 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.

Upoważniam Sopotckie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. na podstawie art. 36 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 udzieliły 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 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 ustalenia 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.

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 Sopotckie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem Pani/ Pana 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. Przysługują Pani/ Panu następujące prawa: dostępu do danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną 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/todo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/uprawnionego	Miejscowość i data (DD.MM.RRRR)	Podpis
---	---------------------------------	--------