



**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 (wypełniają 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 (wypełniają 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 ubezpieczonego?* | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK |
| Czy opłacono składkę za m-c, w którym wystąpiło zdarzenie?*  | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK |
| Data zatrudnienia Ubezpieczonego w zakładzie pracy* (DD:MM:RRRR)   |   |
| Pieczęć 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 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>                                  |   |  |
| Czy wypadek był związany z:  |   |  |
| wyczynowym uprawianiem sportu/<br>/udziałem w zajęciach sportowych                         | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> | jeśli TAK proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych |
| zawałem serca  | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |  |
| udarem mózgu   | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |  |

\*) nie dotyczy placówek szkolnych



EHM01020030031010

**SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU**

|  |   |
|--|---|
| Nazwiska, adresy i telefony ewentualnych świadków wypadku  |   |
| .....<br>.....   |   |
| Czy był sporządzony protokół/prowadzone dochodzenie w sprawie wypadku?<br>Jeśli TAK, to gdzie, przez kogo oraz jaki jest numer i wynik zakończenia sprawy: | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
| .....<br>.....   |   |
| Lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu poszkodowanego (imię, nazwisko, adres zatrudnienia)  |   |
| .....<br>.....   |   |
| Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy poszkodowanemu:  |   |
| .....<br>.....   |   |
| Gdzie poszkodowany leczył się po wypadku:  |   |
| .....<br>.....   |   |
| Czy leczenie zostało zakończone?<br>Jeśli NIE proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia:   | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
| .....<br>.....   |   |

**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 zasięgnięcie 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 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.

|   |  |        |
|---|--|--------|
| Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/uprawnionego | Miejscowość<br>.....<br>Data (DD-MM-RRRR)<br>..... | Podpis |
| Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie                 | Miejscowość<br>.....<br>Data (DD-MM-RRRR)<br>..... | 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 służymy Panu/i prawem 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](http://www.ergohestia.pl)

801 107 107\*, 58 555 5 555

\*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora



EHM02020030031010