



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)				

II. DANE ROSZCZĄCEGO

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 _____	Suma ubezpieczenia _____
Okres ubezpieczenia Od (DD:MM:RRRR) _____ Do (DD:MM:RRRR) _____	

IV. OKOLICZNOŚCI DOTYCZĄCE ZGONU

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

Okoliczności zgonu

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--

Czy w momencie zgonu Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających?

Tak Nie

Czy zgon 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

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
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
<p>.....</p>

V. ZGŁASZANE ROSZCZENIA

Zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia zgłaszam następujące roszczenia

<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu śmierci wskutek zawału serca lub udaru
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego wskutek zawału serca i udaru mózgu
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności małżonka Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności małżonka Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek wypadku komunikacyjnego
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu małżonka Ubezpieczonego

VI. 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.

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.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 133, poz. 883 z późn. zmianami), Sopotkie 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 zawartej umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo 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.

<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na doręczanie przez Ubezpieczyciela wszelkich dokumentów niezbędnych do zawarcia, potwierdzenia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz wszelkiej korespondencji związanej ze zgłoszeniem i likwidacją szkody, jak też ze złożoną skargą czy odwołaniem, za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail) na podany przeze mnie adres tej poczty.
--------------------------	---

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
	_ _ _ _ _	