ERGO HESTIA

MOBILE Usługi Ubezpieczeniowe
ul. Łużecka 43, 27-200 Starachowice
tel. 602 776 501 tel. 664 184 427
NIP: 6641840205 Regon: 260718954

ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Numer szkody (jeśli został nadany) ___/___/___

Numer polisy ___

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)			

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** .....

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	☐ **Tak** ☐ **Nie**	Pieczęć ubezpieczającego (w przypadku ubezpieczeń grupowych)
Udarem mózgu	☐ **Tak** ☐ **Nie**	
Uczestnictwem w ekspedycji	☐ **Tak** ☐ **Nie**	
Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych	☐ **Tak** ☐ **Nie**	
Jeśli **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?	☐ **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

IV. 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 / do wykonywania pracy w jakimkolwiek zawodzie (niepotrzebne skreślić)
☐	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)
☐	Zwrot kosztów operacji plastycznej
☐	Zwrot kosztów pogrzebu

V. 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.

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 nieodwołane w okresie trwania umowy ubezpieczenia /ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia.

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 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/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

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