

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

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 numer i wynik zakończenia sprawy:	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
.....	
Lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu poszkodowanego (imię, nazwisko, adres zatrudnienia)	
.....	
.....	
Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy poszkodowanemu:	
.....	
Gdzie poszkodowany leczył się po wypadku:	
.....	
Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli NIE proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia:	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
.....	

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 Data (DD-MM-RRRR)	Podpis
Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie	Miejscowość Data (DD-MM-RRRR)	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 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.

OS/ZS009/1010 str. 2/2

Skontaktuj się z nami:

www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora



EHM02020030031010