

Czy wypadek związany był z		
Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	Jeśli tak proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych
Wykonywaniem czynności o podwyższonym stopniu ryzyka	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	Jeśli tak prosimy o podanie rodzaju czynności
Wykonywaniem zawodu o podwyższonym stopniu ryzyka	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	Jeśli tak prosimy o podanie nazwy zawodu
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"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu Poszkodowanej (imię, nazwisko, adres zatrudnienia)		
Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy Poszkodowanej		
Gdzie Poszkodowana leczyta się po wypadku		
Czy leczenie zostało zakończone?		
Jeśli nie proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia (dzień-miesiąc-rok) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

VI. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEJ/UPRAWNIONEGO

Proszę o wypłatę świadczenia	
<input type="checkbox"/>	Przelewem na konto nr
W banku	
<input type="checkbox"/>	Przekazem pocztowym na mój adres

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), 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 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.

Ja niżej podpisana, świadoma 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 danych 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, udostępniania 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	(dzień-miesiąc-rok)	Podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego
Nazwisko i imię	(dzień-miesiąc-rok)	Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie



EHM02020030171011