



ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA FORTEO

I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko				
PESEL			Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)	
Seria, numer i rodzaj dowodu tożsamości				
Adres	Ulica	Nr domu	Kod	Miejscowość
Telefon	Domowy		Do pracy	

II. DANE Z POLISY

Nr polisy		Suma ubezpieczenia
Okres ubezpieczenia	Od (dzień-miesiąc-rok-godzina)	Do (dzień-miesiąc-rok-godzina)

III. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

Data wypadku	Godzina wypadku	Miejsce wypadku
Okoliczności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń		
Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
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
Zawałem serca	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
Udarem mózgu	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
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? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
Jeśli tak, to gdzie, przez kogo oraz jaki jest nr i wynik zakończenia sprawy		
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? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
Jeśli nie proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia (dzień-miesiąc-rok)		
Czy w ciągu 24 miesięcy przed wypadkiem u poszkodowanego rozpoznano lub poszkodowany leczył się z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (w tym nadciśnienia lub choroby wieńcowej) lub cukrzycy? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		

IV. ZGŁASZANE ROSZCZENIA

Zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia zgłaszam następujące roszczenia	
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/>	Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonania pracy zawodowej
<input type="checkbox"/>	Dzienne świadczenie szpitalne
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów leczenia w kwocie (zgodnie z załączonymi rachunkami)



EHM01020030181011

V. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/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 k.c., 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 podpisany/a, świadomy/a 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



EHM02020030181011