

DANE DOTYCZĄCE SZKODY

Particulars of claim

Imię, nazwisko i adres osoby występującej z roszczeniem przeciwko Pan(u)(i)

Name and address of persons setting up claim against you

.....

.....

.....

.....

.....

Kto według Pan(a)(i) jest odpowiedzialny?

Who do you consider liable?

.....

.....

.....

.....

.....

Czy posiada Pan(i) jakiegokolwiek inne ubezpieczenie, które obejmuje ochronę ubezpieczeniową to zdarzenie?

Do you have any other insurance which would covers this incident?

Tak
YesNie
No**Jeśli tak, proszę podać szczegóły**

If yes, please provide details

Nazwa towarzystwa ubezpieczeń

Name of the Insurance Company

Nr polisy

Policy No.

Adres

Address

.....

.....

OŚWIADCZENIE I PODPIS OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM

Claimants declaration and signature

- 1) Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia (roszczeń) wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
- 2) Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominęłam (pominęłam) żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez Ubezpieczyciela.
- 3) Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwan(ego)(ych) w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważnion(y)(a) do działania w ich imieniu; stwierdzam również, że osoby te zostały poinformowane, że STU Ergo Hestia SA nie będzie ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeśli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom.
- 4) Udzielam niniejszym mojej zgody lekarzowi bądź władzom/ instytucjom wymienionym w niniejszym formularzu na udostępnienie STU Ergo Hestia SA dalszych informacji w zakresie historii choroby dotyczącej mojej osoby.
- 5) Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.
- 6) Przyjmując do wiadomości treść niniejszego punktu, jestem świadomy, że STU Ergo Hestia SA zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje innym Ubezpieczycielom bądź innym stronom zainteresowanym. Wszelkie dane są przechowywane przez STU Ergo Hestia SA zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zmianami).

Przyznane odszkodowanie/świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku. Oddział

Pełny numer rachunku

Właściciel rachunku

Zapoznał(em)(am) się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem.**Imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem**

Claimant full name

Podpis osoby występującej z roszczeniem

Claimant signature

Data

Date

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA
81-731 Sopot, ul. Hestii 1
tel. +48 58 555 60 00, fax +48 58 555 60 01

TU/ZS004/1012 str. 2/2



EHM02020030201012

Hestia Kontakt 801 107 107*, 58 555 5 555
*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

www.ergohestia.pl