

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?

NIE TAK

Przebieg leczenia (proszę zaznaczyć X odpowiednią rubrykę)

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)

Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli NIE proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia (DD:MM:RRRR)

NIE TAK

VI. 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 wykonywania pracy |
| <input type="checkbox"/> | Dzienne świadczenie szpitalne |
| <input type="checkbox"/> | Zwrot kosztów leczenia w kwocie (zgodnie z załączonymi rachunkami) |
| <input type="checkbox"/> | Zwrot kosztów rehabilitacji w kwocie (zgodnie z załączonymi rachunkami) |
| <input type="checkbox"/> | Zasiłek dzienny z tytułu pełnej niezdolności do pracy/nauki za okres (zgodnie z załączonymi zwolnieniami lekarskimi) |

VII. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/UPRAWNIONEGO - PROSZĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Przelewem na konto nr w banku |
| <input type="checkbox"/> | 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.

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 zasięganie 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 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.

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), Sopotkie 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.

Wyrażam zgodę na doręczanie przez Ubezpieczyciela wszelkich dokumentów niezbędnych do zawarcia, potwierdzenia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz wszelkiej korespondencji związanej ze zgłoszeniem i likwidacją szkody, jak też ze złożoną skargą czy odwołaniem, za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail) na podany przeze mnie adres tej poczty.

| | | |
|---|--|--------|
| Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/ uprawnionego | Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) | Podpis |
| Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie | Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) | Podpis |