



**ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA  
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Nr szkody

**DANE UBEZPIECZONEGO**

Imię i nazwisko					
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL				Nr faksu	
Nr telefonu prywatny			Nr paszportu (wypełniają obcokrajowcy)		
Nr telefonu służbowy					

**DANE RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA, JEŻELI WYPADKOWI ULEGŁ NIELETNI**

Imię i nazwisko/Nazwa					
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL				Nr faksu	
Nr telefonu prywatny			Nr paszportu (wypełniają obcokrajowcy)		
Nr telefonu służbowy					

**DANE Z POLISY**

Numer polisy	lub numer potwierdzenia
Okres ubezpieczenia (DD:MM:RRRR)	Suma ubezpieczenia:
Od _____ do _____	

Przy umowie grupowego ubezpieczenia konieczne jest wypełnienie przez Ubezpieczającego części „Oświadczenie Ubezpieczającego“

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO (zakład pracy, placówka szkolna itp.)**

Data opłacenia składki/ostatniej raty składki (DD:MM:RRRR)	_____	Pieczeń Ubezpieczającego
Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacone były regularnie wszystkie składki ubezpieczeniowe za ubezpiezonego?*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
Czy opłacono składkę za m-c, w którym wystąpiło zdarzenie?*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
Data zatrudnienia Ubezpiezonego w zakładzie pracy* (DD:MM:RRRR)	_____	

**SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU**

Data (DD:MM:RRRR)	_____	i godzina wypadku (gg:mm)	_____ : _____	Miejsce wypadku	_____
Opis okoliczności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń					
Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających?      NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>					
Czy wypadek był związany z:					
wyczynowym uprawianiem sportu/ /udziałem w zajęciach sportowych	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	jeśli TAK proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych		
zawalem serca	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>			
udarem mózgu	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>			

\*) nie dotyczy placówek szkolnych



**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  TAK

Lekarz rodziny/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  TAK

**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	Podpis
	Data (DD:MM:RRRR)	
Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie	Miejscowość	Podpis
	Data (DD:MM:RRRR)	

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 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.



## Zasady i możliwości zgłoszenia szkód powstałych w następstwie nieszczęśliwych wypadków.

### Do zgłoszenia szkody należy załączyć:

1. Wniosek – zgłoszenie wypadku z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków potwierdzone przez placówkę oświatową poszkodowanego: dziecka, ucznia, studenta.
2. Kserokopię/skan kompletnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem.
3. Kserokopię /skan karty informacyjnej z pobytu w szpitalu na skutek choroby nagłej lub NNW ( Tylko wtedy, gdy to świadczenie jest wykupione. )
4. Oryginały rachunków związane z kosztami leczenia powypadkowego, lub związane z rehabilitacją, albo powypadkowym leczeniu zębów stałych.
5. Inne dokumenty uzupełniające niezbędne do dokonania prawidłowej oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu ,o które może się zwrócić ubezpieczyciel.

### Sposoby zgłoszenia szkód

1. Drogą elektroniczną poprzez formularz na stronie [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl).
2. Bezpośrednio przesłanie do Centrali listem poleconym na adres:  
**STU Ergo Hestia S.A ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.**  
*Z dopiskiem na kopercie „ Likwidacja szkody osobowej ”*
3. Szkody można zgłaszać również telefonicznie: tel. 801 107 107 lub 58 555 55 55.

Szczególnie godny polecenia jest wybór drogi elektronicznej, co bardzo przyspieszy wypłatę odszkodowania, tym bardziej, że ocena trwałego uszczerbku na zdrowiu jest dokonywana na podstawie dokumentacji medycznej.

informacje i pomoc pod nr 501-718-242