



Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości?		<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	Jeżeli tak, proszę podać adres policji ..... .....
Czy wypadek był związany z: wyczynowym uprawianiem sportu/ udziałem w zajęciach sportowych?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	Jeżeli tak, to proszę podać nazwę klubu sportowego, sekcji sportowej oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych ..... .....

#### V. INFORMACJE O PRZYCZYNIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NIE SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Proszę określić przyczynę niezdolności do pracy Ubezpieczonego oraz imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których Ubezpieczony się leczył, a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których Ubezpieczony się leczył.

.....  
.....  
.....

(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

#### VI. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą zgłoszonego zdarzenia i jego następstw.

Ja niżej podpisany, świadomy konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, iż wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe i kompletne.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww. podmioty do udzielenia Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA wszystkich informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

#### VII. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię ..... .....	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) ..... .....	Podpis
-----------------------------------	---	--------

#### VIII. ZAŁĄCZNIKI

1. ....  
2. ....  
3. ....  
4. ....  
5. ....  
6. ....

#### IX. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, obejmujących dane osobowe ujęte w niniejszym dokumencie. Pana/Pani dane osobowe będą przez nas przetwarzane w celu wykonania czynności ubezpieczeniowych, związanych z rozpatrywaniem roszczenia, w sytuacji kiedy został(a) Pan/Pani wskazany(a) jako Uprawniony(a) do świadczenia ubezpieczeniowego oraz ewentualnie innych prawnie usprawiedliwionych celach, w tym dla potrzeb marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług),
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym przekazywane są te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

