

HESTIA RAZEM - ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU  
TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU | NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)	Numer roszczenia
---	------------------

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Imię i nazwisko Ubezpieczonego		PESEL	
Adres zamieszkania Ubezpieczonego	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość		Kod	
Numer certyfikatu			

## II. NAZWA ŚWIADCZEŃ, Z TYTUŁU KTÓRYCH DOKONYWANE JEST ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym
<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	<input type="checkbox"/> całkowita, trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

## III. INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCYNĄ USZCZERBKU NA ZDROWIU / NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Data, godzina, miejsce i okoliczności wypadku
Rodzaj doznanych obrażeń
Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku
Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku

W razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia.

Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli tak, proszę podać adres policji	

## IV. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności	Przelewem do banku	Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)
Numer rachunku bankowego		

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 zasięgnięcie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA od każdego z podmiotów, który udzielił mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarów, 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.

## V. PODPIS UBEZPIECZONEGO

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

## VI. ZAŁĄCZNIKI

1.	2.
3.	4.

## VII. 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/i dane osobowe będą przez nas przetwarzane w celu wykonania czynności ubezpieczeniowych, związanych z rozpatrywaniem roszczenia, w sytuacji kiedy został/a Pan/i 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.

