



ZGŁOSZENIE SZKODY – NNW
CLAIM FORM – ACCIDENT CONSEQUENCES

DANE OSOBOWE Personal details						NR SZKODY CLAIM NO.		
Nazwisko Surname								
Imię (imiona) First name								
Adres korespondencyjny: Address:		Ulica Street		Nr No.	Kod pocztowy Postal Code		Miejscowość City	Kraj Country
Nr telefonu: Telephone No.:		do pracy Office Phone No.		do domu Home Phone No.		PESEL Personal Identification Number PESEL		
Czy wyraża Pan(i) zgodę na e-korespondencję? Do you agree to receive e-letters?				<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No	Adres e-mail: E-mail:		

DANE DOTYCZĄCE POLISY Policy details
Nr polisy / certyfikatu ubezpieczenia Policy / insurance certificate No.

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE SZKODY Claim details	
Data wypadku Date of accident	Miejscowość / kraj zdarzenia City / Country of the incident
Szczegółowy opis wypadku, włącznie z charakterem obrażeń Full description of accident including nature of injuries	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Czy w momencie zajścia był(a) Pan(i) po spożyciu alkoholu lub środków odurzających? Were you under the influence of alcohol or drugs at the moment of the incident? <input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No	
Czy był(a) Pan(i) hospitalizowan(y)(a) wskutek tego wypadku? Have you been hospitalised as a result of the accident? <input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No	
Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym? Have you contacted the Alarm Center? <input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No	
Czy leczenie i rehabilitacja zostały już zakończone? Have the medical treatment or rehabilitation been finished yet? <input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No	

OŚWIADCZENIE I PODPIS OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM

Claimant's 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 wysuwanych (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) Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakikolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.
- 5) Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem Pani/ Pana danych

osobowych, które będą przetwarzane w celu likwidacji szkody, wykonania umowy ubezpieczenia, rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań i przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Przysługują Pani/ Panu następujące prawa: dostępu do danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy:.....
Nazwa banku. Oddział.....
Pełny numer rachunku.....
Właściciel rachunku

Wraz z wnioskiem prosimy o dostanie kopii zaświadczenia o zakończonym procesie leczenia i rehabilitacji wraz z opisem stanu miejscowego (określającym np.: ograniczenia ruchomości kończyny, odczucia subiektywne itp.).

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