

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 (wypełniając 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 (wypełniając 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?*	☐ NIE ☐ TAK	
Czy opłacono składkę za m-c, w którym wystąpiło zdarzenie?*	☐ NIE ☐ TAK	
Data zatrudnienia Ubezpieczonego 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 ☐ TAK ☐		
Czy wypadek był związany z:		
wyczynowym uprawianiem sportu/ /udziałem w zajęciach sportowych	NIE ☐ TAK ☐	jeśli TAK proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych
zawałem serca	NIE ☐ TAK ☐	
udarem mózgu	NIE ☐ TAK ☐	

*) nie dotyczy placówek szkolnych

OS/ZS009/1010 str. 1/2

Skontaktuj się z nami:

www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora



EHM01020030031010

Nazwiska, adresy i telefony ewentualnych świadków wypadku	
Czy był sporządzony protokół/prowadzone dochodzenie w sprawie wypadku?	NIE ☐
Jeśli TAK, to gdzie, przez kogo oraz jaki jest numer i wynik zakończenia sprawy:	TAK ☐
Lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu poszkodowanego (imię, nazwisko, adres zatrudnienia)	
Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy poszkodowanemu:	
Gdzie poszkodowany leczył się po wypadku:	
Czy leczenie zostało zakończone?	NIE ☐
Jeśli NIE proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia:	TAK ☐

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:
.....
.....

☐ przelewem na konto nr
 w banku:

☐ przekazem pocztowym na mój adres

☐ gotówką

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.

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

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.