



**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA  
Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA / TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU  
/ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

<b>1. Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)</b>	<b>2. Nr roszczenia</b>

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA**

<b>3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego</b>	<b>4. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)</b>

**5. Adres zamieszkania Ubezpieczonego**

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
Nr telefonu	e-mail			

<b>6. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)</b>	<b>7. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)</b>

**8. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)**

**9. Preferowany sposób kontaktu (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)**

<input type="checkbox"/> e-mail: _____	<input type="checkbox"/> pocztą: adres korespondencyjny: _____
--	--

**10. Nazwa świadczeń, z tytułu których dokonywane jest zgłoszenie roszczenia**

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

**INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCYNĄ INWALIDZTWA/USZCZERBKU NA ZDROWIU/NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

<b>11. Data, godzina, miejsce i okoliczności wypadku</b>
<b>12. Rodzaj doznanych obrażeń</b>
<b>13. Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku</b>
<b>14. Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczyl się po wypadku</b>

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



15. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości?

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
------------------------------	------------------------------

16. Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Jeżeli tak, proszę podać adres policji .....
------------------------------	------------------------------	---

**INFORMACJE O PRZYCZYNIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NIE SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**

17. 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)

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO**

Rodzaj płatności

<input type="checkbox"/> 18. Przelewem do banku	19. Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko) .....
20. Nr rachunku .....	

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 S.A. 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 S.A. wszystkich informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

**PODPIS UBEZPIECZONEGO**

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

**ZAŁĄCZNIKI**

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

**PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE**

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

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. 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.

