

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU SZKODY NNW

W przypadku szkody Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku.

W terminie 3 dni od daty powstania szkody powiadomić ubezpieczyciela o wypadku pod nr telefonu:

801 107 107 lub 58 555 5 555 lub 58 555 6 555
lub
na adres mailowy Broker.Szkody@ergohestia.pl

Dane niezbędne do rejestracji szkody:

- nr polisy
- pełne dane Poszkodowanego: imię, nazwisko oraz dane adresowe,
- numer telefonu do kontaktu w sprawie szkody,
- miejsce zdarzenia
- data zdarzenia
- okoliczności powstania szkody,
- opis doznanych urazów,
- marka i numer rejestracyjny pojazdu sprawcy (jeśli był to wypadek drogowy) dane sprawcy zdarzenia (o ile jest on znany),
- miejsce udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej oraz dalszego leczenia,
- czy leczenie jest już zakończone,
- czy spisano oświadczenie na miejscu zdarzenia,
- czy na miejsce zdarzenia przybyła Policja lub inne służby (jeśli tak, proszę podać adres Posterunku).
- pierwsza dokumentacja medyczna
- upoważnienie do zwolnienia lekarzy i zakład opieki z tajemnicy medycznej

Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:

- wypełniony druk zgłoszenia szkody

Zgon :

- akt zgonu z kartą statystyczną do karty zgonu ,
- dokumentacja z Policji , Prokuratury, Sądu potwierdzająca okoliczności i trzeźwość,

Uszczerbek:

pełna dokumentacja medyczna (karta informacyjna z dnia wypadku, historia choroby z placówek medycznych gdzie było kontynuowane leczenie wraz z wpisem o zakończonym leczeniu)



ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Numer szkody (pełny 40 znakowy)

Numer polisy

436000339400

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
-------	-------	---------	-----------	-----	-------------

Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
-------------------------	-------	---------	-----------	-----	-------------

PESEL

E-mail

Numer telefonu

Numer paszportu (wypełniają obcokrajowcy)

Wnoszę o przesłanie przez Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. Tak Nie

Adres e-mail do korespondencji _____, należący do _____

II. DANE ROSZCZĄCEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA, JEŻELI WYPADKOWI ULEGŁ NIELETNI

Imię i nazwisko

Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
-------------------------	-------	---------	-----------	-----	-------------

PESEL

E-mail

Numer telefonu

III. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU

Data wypadku
(DD:MM:RRRR)

Godzina wypadku
(GG:MM)

Miejsce
wypadku

Okoliczności wypadku oraz rodzaj doznanych obrażeń:

Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był po użyciu alkoholu/środków odurzających?

Tak Nie

Czy wypadek związany był z:

Zrwałem serca

Tak Nie

Udarem mózgu

Tak Nie

Uczestnictwem w ekspedycji

Tak Nie

Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych

Tak Nie

Jeśli Tak – proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych

Pieczeń ubezpieczającego (w przypadku ubezpieczeń grupowych)

**OKRĘG POLSKIEGO
ZWIĄZKU WĘDKARSKIEGO
W KATOWICACH**
ul. Wróblewskiego 35, 40-214 Katowice
(32) 203-81-12, 203-84-92, 258-50-96
Regon 272789860 NIP 954-10-01-441

Nazwiska, adresy i telefony ewentualnych świadków wypadku

Czy był sporządzony protokół/prowadzone dochodzenie w sprawie wypadku? Jeśli tak, to gdzie, przez kogo oraz jaki jest nr i wynik zakończenia sprawy?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Przebieg leczenia (proszę zaznaczyć X odpowiednią rubrykę)		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/>	Szpitalny Oddział Ratunkowy/Ambulatorium (proszę podać dane adresowe palcówki, nazwisko lekarza)	
<input type="checkbox"/>	Leczenie powypadkowe (proszę wpisać dane imienne oraz adresowe lekarza pierwszego kontaktu [rodzinnego], poradni specjalistycznych i rehabilitacyjnych)	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli nie proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia	DD.MM.RRRR

IV. ZGŁASZANE ROSZCZENIA

Zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia zgłaszam następujące roszczenia

<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu	
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku	
<input type="checkbox"/>	Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy / do wykonywania pracy w jakimkolwiek zawodzie (niepotrzebne skreślić)	
<input type="checkbox"/>	Dzienne świadczenie szpitalne	
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów leczenia w kwocie	(zgodnie z załączonymi rachunkami)
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów rehabilitacji w kwocie	(zgodnie z załączonymi rachunkami)
<input type="checkbox"/>	Zasiłek dzienny z tytułu pełnej niezdolności do pracy/nauki za okres	(zgodnie z załączonymi zwolnieniami lekarskimi)
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów operacji plastycznej	
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów pogrzebu	

V. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/UPRAWNIENEGO - PROSZĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

<input type="checkbox"/>	Przelewem na konto numer w banku
<input type="checkbox"/>	Przekazem pocztowym na mój adres

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

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia upoważniam Sopotckie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. do uzyskiwania, na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci.

Upoważniam Sopotckie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. na podstawie art. 38 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej do uzyskiwania, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również ustaleniem mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia.

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Ubezpieczyciela informacji dotyczących mojej osoby, niezbędnych w prowadzonym przez Towarzystwo postępowaniu likwidacyjnym, w urzędach państwowych i samorządowych, sądach i prokuraturze, policji oraz w innym zakładzie ubezpieczeń.

Informujemy, że Sopotckie 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. Przesługują Pani/ Panu następujące prawa: dostępu do danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, przeniesienia 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.

Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/uprawnionego	Miejscowość i data (DD.MM.RRRR)	Podpis
---	---------------------------------	--------