



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 ponosiła 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 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. 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