



**ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO FORMULARZA DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI)

**NOTIFICATION OF AN ACCIDENT UNDER PERSONAL ACCIDENT INSURANCE**

(PLEASE COMPLETE THIS APPLICATION LEGIBLY IN CAPITAL LETTERS)

**I. DANE UBEZPIECZONEGO I. DETAILS OF THE INSURED PARTY**

Imię i nazwisko Full name _____					
Adres Address	Ulica Street	Nr domu House no.	Nr lokalu Flat no.	Kod Postal code	Miejscowość City (Town)
Adres do korespondencji Address for correspondence	Ulica Street	Nr domu House no.	Nr lokalu Flat no.	Kod Postal code	Miejscowość City (Town)
PESEL Personal ID No.	E-mail				
Numer telefonu Phone number	Numer paszportu (wypełniają obcokrajowcy) Passport number (to be filled in by foreigners)				

Wnioskuje o przesyłanie przez Sopockie 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 wskazony w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych.  tak  nie  
I request that Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. in Sopot send me correspondence related to the performance of all insurance activities by means of distance communication (telephone, e-mail, individual web account made available by the Insurer) using the contact details provided, and responses to the lodged complaints – using the e-mail address indicated in the details. I hereby agree to update my data.  yes  no

Adres e-mail do korespondencji \_\_\_\_\_, należący do \_\_\_\_\_  
E-mail address for correspondence \_\_\_\_\_, belonging to \_\_\_\_\_

**II. DANE ROSZCZĄCEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA, JEŻELI WYPADKOWI ULEGŁ NIELETNI II. DETAILS OF THE CLAIMANT/PARENT OR LEGAL GUARDIAN – IF THE ACCIDENT CONCERNS A MINOR**

Imię i nazwisko Full name _____					
Adres do korespondencji Address for correspondence	Ulica Street	Nr domu House no.	Nr lokalu Flat no.	Kod Postal code	Miejscowość City (Town)
PESEL Personal ID No.	E-mail				
Numer telefonu Phone number					

**III. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE WYPADKU III. DETAILS OF THE ACCIDENT**

Data wypadku (DD:MM:RRRR) Date of the accident (DD:MM:YYYY)	Godzina wypadku (GG:MM) Time of the accident (HH:MM)	Miejsce wypadku Place of the accident
_____/_____/_____	_____/____/_____	_____

Okoliczności wypadku oraz rodzaj doznaných obrażeń: Circumstances of the accident and type of injuries suffered:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy w momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu/środków odurzających?  
At the moment of the incident, was the Insured Party under the influence of alcohol/intoxicants?  
 Tak Yes  Nie No

**Czy wypadek związany był z: Was the accident related to:**

Zawałem serca Heart attack	<input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No
Udarem mózgu Cerebral stroke	<input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No
Uczestnictwem w ekspedycji Participation in an expedition	<input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No
Wyczynowym uprawianiem sportu/udziałem w zajęciach sportowych Practising competitive sports / participation in sports activities	<input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No
Jeśli Tak – proszę podać nazwę klubu sportowego oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych If Yes, please provide the name of the sports club and type of the sports discipline or sports activities	

Pieczęć ubezpieczającego (w przypadku ubezpieczeń grupowych)  
Stamp of the policyholder (for group insurance)

**OKRĘG POLSKIEGO  
ZWIĄZKU WĘDKARSKIEGO  
W KATOWICACH**  
ul. Wróblewskiego 35, 40-214 Katowice  
(32) 203-81-12, 203-84-92, 258-50-96  
Regon 272789660 NIP 954-10-01-441

Nazwiska, adresy i telefony ewentualnych świadków wypadku Names, addresses and telephone numbers of possible witnesses to the accident  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy był sporządzony protokół/prowadzone dochodzenie w sprawie wypadku? Jeśli tak, to gdzie, przez kogo oraz jaki jest nr i wynik zakończenia sprawy? outcome of the case is?		<input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No
Przebieg leczenia (proszę zaznaczyć X odpowiednią rubrykę) Course of treatment (please check the appropriate box with an X)		
<input type="checkbox"/>	Szpitalny Oddział Ratunkowy/Ambulatorium (proszę podać dane adresowe palcówki, nazwiska lekarza) Hospital emergency department/Outpatient department (please provide address details of the establishment and name of the physician)	<input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No
<input type="checkbox"/>	Leczenie powypadkowe (proszę wpisać dane imienne oraz adresowe lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego), poradni specjalistycznych i rehabilitacyjnych) Post-accident treatment (please enter the name and address of the primary care (family) physician, as well as specialist and rehabilitation clinics)	
<input type="checkbox"/> Tak Yes <input type="checkbox"/> Nie No	Czy leczenie zostało zakończone? Jeśli nie proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia Is the treatment completed? If not, please provide the estimated date of the treatment completion	(DD:MM:RRRR) (DD:MM:YYYY) _____

#### IV. ZGŁASZANE ROSZCZENIA IV. SUBMITTED CLAIMS

Zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia zgłaszam następujące roszczenia Pursuant to the insurance contract, I submit the following claims

<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Benefit for permanent disablement
<input type="checkbox"/>	Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku Benefit for death due to an accident
<input type="checkbox"/>	Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie/akimkolwiek zawodzie (niepotrzebne skreślić) One off benefit for a permanent loss of capacity to work in the current occupation/any occupation (delete as appropriate)
<input type="checkbox"/>	Dzienne świadczenie szpitalne Daily hospital allowance
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów leczenia w kwocie Reimbursement of medical costs in the amount of _____ (zgodnie z załączonymi rachunkami) (according to the attached bills)
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów rehabilitacji w kwocie Reimbursement of rehabilitation costs in the amount of _____ (zgodnie z załączonymi rachunkami) (according to the attached bills)
<input type="checkbox"/>	Zasiłek dzienny z tytułu czasowej, pełnej niezdolności do pracy/nauki za okres Daily allowance for temporary total incapacity to work/study for the period of _____ (zgodnie z załączonymi zwolnieniami lekarskimi) (according to the attached medical certificates)
<input type="checkbox"/>	Zwrot kosztów operacji plastycznej Reimbursement of costs of plastic surgery
<input type="checkbox"/>	Zwrot dodatkowych kosztów pogrzebu Reimbursement of additional costs of a funeral
<input type="checkbox"/>	inne other:
<input type="checkbox"/>	inne other:

#### V. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/UPRAWNIONEGO – PROSZĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA V. DECLARATIONS OF THE INSURED PARTY/LEGAL GUARDIAN/BENEFICIARY – I HEREBY ASK THAT THE BENEFIT BE PAID

<input type="checkbox"/>	Przelewem na konto numer w banku By transfer to the bank account number
<input type="checkbox"/>	Przekazem pocztowym na mój adres By postal order to my address

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 z zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe i kompletne. I, the undersigned, aware of the consequences of misleading the Insurer resulting from the provisions of Article 286 § 1 of the Penal Code, declare that all the information and documents I submitted in relation to the claim notification are true and complete.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia upoważniam Sopockie 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 ustalenia 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. If an insurance contract is concluded, I authorise Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. to obtain from the National Health Fund, pursuant to Article 38(8) of the Act of 11 September 2015 on insurance and reinsurance activities, details regarding the names and addresses of the service providers who have provided me with healthcare services in connection with the accident or fortuitous event being the basis for determining the liability and the amount of compensation or benefit. Due to the necessity of this authorisation for the purposes of the proper performance of the insurance contract, i.e. to determine the liability of the Insurer and payment of benefits due under the insurance contract, the above authorisation is irrevocable during the term of the insurance contract/coverage and for 3 years from the date of its termination and shall be valid also after my death.

Upoważniam Sopockie 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 wysokością 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 ustalenia 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 authorise Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., on the basis of Article 38 section 6 of the Act of 11 September 2015 on insurance and reinsurance activities, to obtain (also after my death) from each of the entities pursuing medical activity which have provided me with health services, information about circumstances connected with the assessment of insurance risk and verification of the data provided by me about my health status, and in the event of concluding an insurance contract, also the determination of my right to a benefit under the concluded insurance contract and the amount of this benefit. The scope of the information shall include, but not be limited to, the results of genetic testing, information about reasons for hospitalisation, diagnostic tests carried out in the course of hospitalisation and their results, other health services provided, treatment results and prognoses, and the results of an autopsy, if performed; reasons for outpatient treatment, diagnostic tests carried out in its course and their results, other health services provided, treatment results and prognoses; results of consultations carried out; cause of death. Due to the necessity of this authorisation for the purposes of the proper performance of the insurance contract, i.e. to determine the liability of the Insurer and payment of benefits due under the insurance contract, the above authorisation is irrevocable during the term of the insurance contract/coverage and for 3 years from the date of its termination.

Wyrażam zgodę na zasieganie 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. I consent to the Insurer obtaining information concerning me that is necessary for the purposes of the claim adjustment procedure carried out by the Insurance Company, in central and local government institutions, courts and public prosecutor's offices, the police and other insurance companies.

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. Przysługuje 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](http://www.ergohestia.pl), pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: [iod@ergohestia.pl](mailto:iod@ergohestia.pl). Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na [www.ergohestia.pl/rado-oswiadczenie](http://www.ergohestia.pl/rado-oswiadczenie) oraz pod numerem telefonu 800 201 503. Please be informed that Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. in Sopot is the controller of your personal data, which will be processed for the purpose of claim adjustment, performance of the insurance contract, handling of complaints and appeals filed, as well as countering insurance crimes. The personal data controller has appointed a Data Protection Officer, who can be contacted in all matters relating to personal data processing. You have the following rights: right of access to personal data; right to request its rectification, erasure or restriction of its processing; right to object to the processing of personal data; right to personal data portability; right to lodge a complaint with a supervisory authority competent for the protection of personal data. The data subject may contact the Data Protection Officer via the form available at [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl), in writing, to the following address: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, or by e-mail: [iod@ergohestia.pl](mailto:iod@ergohestia.pl). The full content of the personal data controller's statement is available at [www.ergohestia.pl/rado-oswiadczenie](http://www.ergohestia.pl/rado-oswiadczenie) and at the telephone number: 800 201 503.

Nazwisko i imię Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/uprawnionego Full name of the Insured Party/legal guardian/beneficiary	Miejscowość Place	Data (DD-MM-RRRR) Date (DD-MM-YYYY) _____	Podpis Signature
--	-------------------	--	------------------