**Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków**

***Wypełnia ubezpieczony:***

|  |  |
| --- | --- |
| \*IMIONA I NAZWISKO |  |
| NUMER WPISU |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NUMER LEGITYMACJI |  |
| \*Adres prowadzenia działalności: | Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| \*Adres do korespondencji: | Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| \* Adres e-mail: |  |
| \*Telefon kontaktowy: |  |

*dane oznaczone (\*) są wymagane*

***Szkoda:***

|  |  |
| --- | --- |
| Suma gwarancyjna | 25 tys. zł [ ]  50 tys. zł [ ]  100 tys. zł [ ]  |
| Numer polisy |  |
| Nazwa Ubezpieczyciela |  |
| Czy szkoda została zgłoszona z tytułu innego ubezpieczenia lub do innego Ubezpieczyciela? | tak [ ]  nie [ ]   |
| \*Orientacyjna data zdarzenia skutkującego powstaniem szkody (informacja wymagana) |  |
|  |  |
| Szacunkowa wartość szkody  |  |
| Uzasadnienie wartości szkody |  |
| Szczegółowy opis zdarzenia |  |

*dane oznaczone (\*) są wymagane*

***Wymagane dokumenty:***

* Upoważnienie brokerskie
* Dokumentacja medyczna
* Oświadczenia świadków zdarzenia

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że udzieliłem/am powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i że znane mi są sankcje przewidziane w art. 815 §3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisanego do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000024812, NIP 5850001690 oraz podmioty z nim współpracujące w tym w szczególności przez licencjonowanych agentów ubezpieczeniowych.
3. Oświadczam, że przed zawarciem umowy otrzymałem tekst Umowy Generalnej (znajdujący się na stronie www.adwokat.marsh-zawodowe.pl ) w sprawie programu ubezpieczeniowego dla adwokatów wraz z Załącznikami i treścią klauzul dodatkowych, Ogólne Warunki Ubezpieczenia oraz zapoznałem się z tymi dokumentami i zaakceptowałem ich treść.
4. [ ]  Wyrażam zgodę / [ ]  Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych i ich udostępnianie moich danych osobowych w celach marketingowych w szczególności w zakresie przedstawiania ofert ubezpieczenia następującym podmiotom: Naczelna Rada Adwokacka i wybrany przez nią broker ubezpieczeniowy, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Sopocie i wybrany przez nią agent ubezpieczeniowy.

1. [ ]  Wyrażam zgodę / [ ]  Nie wyrażam zgody

na otrzymywanie od brokera ubezpieczeniowego Naczelnej Rady Adwokackiej, Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Sopocie i jego agentów ubezpieczeniowych, informacji handlowych w tym ofert ubezpieczeniowych i informacji o nowych produktach ubezpieczeniowych drogą elektroniczną.

Powyższe dane podaję dobrowolnie.

Data sporządzenia zgłoszenia: Podpis Ubezpieczonego (Adwokata)

PODMIOT OBSŁUGUJĄCY:

Informujemy, iż podmiotem odpowiedzialnym obsługującym ubezpieczenia adwokatów w imieniu STU Ergo Hestia SA jest Marsh Services Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa.