



**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 wysuwan(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 ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeśli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom.
- 4) Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.
- 5) Przyjmując do wiadomości treść niniejszego formularza zgłoszenia, jestem świadomy, że STU Ergo Hestia SA zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje innym Ubezpieczycielom bądź innym zainteresowanym upoważnionym stronom. Wszelkie dane są przechowywane przez STU Ergo Hestia SA zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zmianami).

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(ę)m się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem.

Imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem  
Claimant full namePodpis osoby występującej z roszczeniem  
Claimant signatureData  
DateSopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA  
81-731 Sopot, ul. Hestii 1  
tel. +48 58 555 60 00, fax +48 58 555 60 01