

pieczęć CIGNA STU S.A.

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA  
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO  
WYKONYWANIA OBOWIĄZKÓW RATOWNIKA GÓRNICZEGO**

*Niniejsze Zgłoszenie wypełniają tylko członkowie Związku Zawodowego Ratowników Górniczych wobec których została orzeczona trwała niezdolność do wykonywania zawodu ratownika górniczego przez specjalistyczny ośrodek badań lekarskich przy Centralnej Stacji Ratownictwa Górniczego.*

OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE ZOBOWIĄZANA JEST WYPEŁNIĆ CZYTELNIE PUNKTY ZAMIESZCZONE W CZĘŚCI „I” NINIEJSZEGO FORMULARZA

**I. Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony**

1. Ubezpieczony: \_\_\_\_\_  
imię nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, adres e-mail, telefon

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Uprawniony (w sytuacji gdy Ubezpieczony wyznaczył inną osobę do zgłoszenia roszczenia i/lub odbioru świadczenia):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Data orzeczenia trwałej niezdolności do wykonywania zawodu ratownika górniczego: \_\_\_\_\_

4. Data zdiagnozowania choroby: \_\_\_\_\_

5. Kiedy pojawiły się pierwsze objawy choroby: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Rodzaj zachorowania (diagnoza lekarska):

\_\_\_\_\_

7. Nazwa i adres placówki medycznej, w której odbywa się leczenie w związku z chorobą:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Imię i nazwisko lekarza, adres placówki medycznej prowadzącej proces leczenia:

---

---

9. W jakiej placówce medycznej leczył się Ubezpieczony przed zachorowaniem, bądź zdarzeniem (adres placówki i rodzaj zachorowania):

---

---

---

---

---

---

Jeśli trwała niezdolność do pracy została spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, należy wypełnić dodatkowo poniższe punkty:

10. Data , godzina i miejsce wystąpienia wypadku: \_\_\_\_\_

11. W przypadku prowadzenia w chwili wypadku przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego podać numer i kategorię prawa jazdy: \_\_\_\_\_

---

12. Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu: \_\_\_\_\_

13. Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku, nazwiska i adresy ewentualnych świadków wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



- 3) kopię książeczki ratownika górniczego, potwierdzoną za zgodność z oryginałem (przez przedstawiciela ZZRG),
  - 4) aktualne badania okresowe przeprowadzone przez specjalistyczny ośrodek przy Centralnej Stacji Ratownictwa Górniczego w Bytomiu, o których mowa w dokumencie: „Metodyka badań lekarskich oraz kryteria i zasady oceny medycznej zdolności do pracy w ratownictwie górniczym” z lipca 2002 roku opracowanym przez Centralną Stację Ratownictwa Górniczego w Bytomiu,
  - 5) wyciąg z karty choroby ratownika,
  - 6) dokumenty określające wszystkich wyznaczonych Uprawnionych, w sytuacji gdy Ubezpieczony nie jest w stanie samodzielnie prowadzić swoich spraw,
  - 7) w sytuacji, gdy całkowita niezdolność do wykonywania obowiązków ratownika górniczego powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku dodatkowo należy dostarczyć:
    - szczegółowy opis okoliczności zaistnienia nieszczęśliwego wypadku oraz nazwiska ewentualnych świadków,
    - raporty policyjne dotyczące nieszczęśliwego wypadku, o ile zostały sporządzone,
    - raporty służb górniczych z przeprowadzonej akcji ratowniczej,
    - zaświadczenie lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
    - wszystkie zaświadczenia szpitalne związane z wypadkiem, kartę informacyjną ze szpitala.
1. Wyrażam zgodę na występowanie CIGNA STU S.A. do zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych z wnioskami o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych o stanie zdrowia.
  2. Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji CIGNA STU S.A. do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
  3. Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Ubezpieczonego / Uprawnionego

## **II. Wypełnia Przedstawiciel Związku Zawodowego Ratowników Górniczych (zakładowej organizacji ZZRG)**

dane lub pieczęć Przedstawiciela ZZRG

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego: \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia: \_\_\_\_\_
3. Data przystąpienia do ZWIĄZKU: \_\_\_\_\_
4. Oświadczam, że ww. Ubezpieczony p. \_\_\_\_\_ był objęty

imię nazwisko

ubezpieczeniem z tytułu całkowitej niezdolności do wykonywania zawodu ratownika górniczego w dniu wydania orzeczenia lekarskiego przez specjalistyczny ośrodek badań lekarskich przy Centralnej Stacji Ratownictwa Górniczego w Bytomiu stwierdzającego całkowitą niezdolność do wykonywania zawodu ratownika górniczego i została za niego opłacona składka ubezpieczeniowa za miesiąc w którym zostało wydane takie orzeczenie.

