



**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU
TRWAŁEGO INWALIDZTWA / TRWAŁEGO USZCZERBKU
NA ZDROWIU / NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

Nr roszczenia

<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>
--

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko Ubezpieczonego			
PESEL		Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	
Państwo urodzenia		Obywatelstwo	
Adres zamieszkania Ubezpieczonego		Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość			Kod
<input type="checkbox"/> e-mail:		Nr telefonu	
Numer polisy lub potwierdzenia		Nazwa i adres Pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)	

II. RODZAJ PŁATNOŚCI

<input type="checkbox"/> Przelewem do banku	Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)
Nr rachunku	

III. NAZWA ŚWIADCZEŃ, Z TYTUŁU KTÓRYCH DOKONYWANE JEST ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	<input type="checkbox"/> całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	<input type="checkbox"/> czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> koszty rehabilitacji Ubezpieczonego w następstwie trwałego uszczerbku
<input type="checkbox"/> inne	

IV. INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCYNĄ INWALIDZTWA/USZCZERBKU NA ZDROWIU/NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Data, godzina wypadku (DD:MM:RRRR:GG:MM)
Miejsce i okoliczności wypadku
Rodzaj doznanych obrażeń
Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku
Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku

(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości?		<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	Jeżeli tak, proszę podać adres policji
Czy wypadek był związany z: wyczynowym uprawianiem sportu/ udziałem w zajęciach sportowych?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	Jeżeli tak, to proszę podać nazwę klubu sportowego, sekcji sportowej oraz rodzaj dyscypliny sportu lub zajęć sportowych

V. INFORMACJE O PRZYCZYNIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NIE SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Proszę określić przyczynę niezdolności do pracy Ubezpieczonego oraz imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których Ubezpieczony się leczył, a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których Ubezpieczony się leczył.

.....
.....
.....

(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

VI. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą zgłoszonego zdarzenia i jego następstw.

Ja niżej podpisany, świadomy konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, iż wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe i kompletne.

Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałem ERGO Hestii w celu likwidacji roszczenia i wypłaty świadczenia (wykonania umowy ubezpieczenia) z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przekazaną mi przez ERGO Hestię.

VII. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) [][] [][] [][][][]	Podpis
-----------------------------------	--	--------

VIII. ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia dokumentu tożsamości*
2.
3.
4.
5.
6.

* Niniejsza kopia dokumentu tożsamości przekazywana jest w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. z 2018r., poz. 723) i jest niezbędna do realizacji niniejszego roszczenia.

IX. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych	
Administrator danych	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Numer telefonu: 801 107 107 lub (58) 555 55 55
Inspektor ochrony danych	Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
Dane kontaktowe inspektora ochrony danych	Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Adres email: iod@ergohestia.pl Formularz kontaktowy znajduje się w sekcji OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH na stronie www.ergohestia.pl
Cele przetwarzania	Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach: <ul style="list-style-type: none"> • wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych w likwidacją roszczeń – wykonanie umów; • rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań; • reasekuracja ryzyk; • wypełnienie obowiązków instytucji obowiązanej wynikających z ustawy przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, wypełnienie obowiązku wymiany informacji podatkowej ze Stanami Zjednoczonymi wynikającego z ustawy o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (dalej: ustawa FATCA), wypełnienie obowiązków wynikających z ustawy o wymianie informacji podatkowej z innymi państwami (dalej: ustawa CRS); • prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym); <p>W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych i innych informacji opracujemy profil marketingowy, aby przedstawić Pani/Panu oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb. Na podstawie takiego profilu nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.</p>

Podstawy prawne przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"> • przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia; • prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym); • wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości, ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, raportowaniu wynikającemu z ustawy FACTA oraz ustawy CRS).
Odbiorcy danych	<p>Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii (m.in. dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacyjne, windykacyjne, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne roszczeń, organizującym lub wykonującym czynności związane z postępowaniem likwidacyjnym roszczeń); • zakładom reasekuracji; • podmiotom wykonującym działalność leczniczą; • innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych;
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> • prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania; • prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora danych (np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania); • prawo do przenoszenia danych osobowych (tj. do otrzymania od administratora danych Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora); • prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. <p>W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.</p>
Przekazywanie poza Europejski Obszar Gospodarczy	<p>ERGO Hestia prześle Pani/Pana dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania łączącej nas umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych osobowych. Może Pani/Pan otrzymać kopię przekazanych danych oraz żądać wskazania miejsca udostępnienia danych. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych.</p>
Inne informacje	<p>Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych (rachunków, faktur) dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, ustawy FACTA, ustawy CRS.</p> <p>Podanie danych osobowych jest konieczne do przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego- wykonania umowy, bez podania danych osobowych nie będzie to możliwe.</p>