



HESTIA RAZEM - ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)	Numer roszczenia
---	------------------

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Imię i nazwisko Ubezpieczonego		PESEL	
Adres zamieszkania Ubezpieczonego	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod		
Numer certyfikatu			

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

Poważne zachorowanie
<input type="checkbox"/> Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> dziecka <input type="checkbox"/> małżonka

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZACHOROWANIA

Informacje dotyczące osoby, u której wystąpiło zachorowanie*	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	PESEL

* Jeśli zachorowanie wystąpiło u Ubezpieczonego wypełnienie poniższego punktu nie jest konieczne.

Rodzaj doznanego poważnego zachorowania	Data wystąpienia lub pierwszego zdiagnozowania poważnego zachorowania
Proszę podać krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia, w tym wymienić imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których Pan/i się leczy (leczył/a), a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których Pan/i się leczy (leczył/a)	

W razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia.

IV. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności	Przelewem do banku	Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)
Numer rachunku bankowego		

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą wystąpienia, zdiagnozowania i leczenia poważnego zachorowania.

Ja niżej podpisany, wiadomy 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.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarów, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww podmioty do udzielenia Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA wszystkich informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

V. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
-----------------	-------------	-------------------	--------

VI. PODPIS MAŁŻONKA*

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
-----------------	-------------	-------------------	--------

*w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka

VII. ZAŁĄCZNIKI

1.	2.
3.	4.

VIII. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, obejmujących dane osobowe ujęte w niniejszym dokumencie. Pana/i dane osobowe będą przez nas przetwarzane w celu wykonania czynności ubezpieczeniowych, związanych z rozpatrywaniem roszczenia, w sytuacji kiedy został/a Pan/i wskazany/a jako Uprawniony/a do świadczenia ubezpieczeniowego oraz ewentualnie innych prawnie usprawiedliwionych celach, w tym dla potrzeb marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług),
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym przekazywane są te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

