



## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO /OPERACJI CHIRURGICZNEJ

Nr roszczenia

_____
-------

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko Ubezpieczonego					
PESEL		Data urodzenia (DD:MM:RRRR)		Obywatelstwo	
Państwo urodzenia			Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość		
Adres zamieszkania Ubezpieczonego		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"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek choroby	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym
<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne dziecka
<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne małżonka wskutek choroby	<input type="checkbox"/> Czasowa niezdolność do pracy (po zakończeniu pobytu w szpitalu)
<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> Koszty leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w chorobie	<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w sanatorium
<input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> Leczenie Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym
<input type="checkbox"/> Leczenie specjalistyczne	<input type="checkbox"/> Inne

### IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA SZPITALNEGO

Informacje dotyczące osoby, która przybywała w szpitalu\*

Imię i nazwisko	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)/PESEL
_____	_____

\*jeśli leczenie szpitalne dotyczyło Ubezpieczonego wypełnienie poniższego punktu nie jest konieczne

Okres pobytu w szpitalu (od - do) - proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)	Ilość dni
od _____ do _____	
Okres pobytu w sanatorium (od - do) - proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)	Ilość dni
od _____ do _____	
Okres pobytu na oddziale rehabilitacyjnym (od - do) - proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)	Ilość dni
od _____ do _____	
W tym okres pobytu na OIOM-ie (od - do) - proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)	Ilość dni
od _____ do _____	
Czasowa niezdolność do pracy (po zakończeniu pobytu w szpitalu) (od - do) - proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)	Ilość dni
od _____ do _____	
Proszę określić rodzaj schorzenia będącego przyczyną leczenia szpitalnego, leczenia na oddziale rehabilitacyjnym, leczenia specjalistycznego lub pobytu w sanatorium	

**V. INFORMACJE DOTYCZĄCE OPERACJI CHIRURGICZNEJ**

Data przeprowadzenia operacji (DD:MM:RRRR)  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**VI. INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCYNĄ LECZENIA SZPITALNEGO, NA ODDZIALE REHABILITACYJNYM LUB POBYTU W SANATORIUM (proszę o wypełnienie jedynie w przypadku gdy leczenie lub pobyt w sanatorium zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem)**

Data, godzina wypadku (DD:MM:RRRR:GG:MM)  
 \_\_\_\_\_

Miejsce i okoliczności wypadku  
 \_\_\_\_\_

Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku  
 \_\_\_\_\_

Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku (nazwy placówek i adresy)  
 \_\_\_\_\_

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

Czy w chwili zdarzenia osoba, której dotyczy leczenie była 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 _____	

**VII. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO**

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą leczenia szpitalnego.

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.**

**VIII. ZAŁĄCZNIKI**

- Kopia dokumentu tożsamości\***  
 \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\* zgodnie z przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu STUnŻ ERGO Hestia jako instytucja obowiązana ma obowiązek stosowania środków bezpieczeństwa finansowego, które obejmują, m.in. identyfikację i weryfikację tożsamości osób uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia (art. 34 ust 1 w zw. z art. 40 ust 1 ww. ustawy). Weryfikacja tożsamości, polega na potwierdzeniu ustalonych danych identyfikacyjnych na podstawie dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby fizycznej, dokumentu zawierającego aktualne dane z wyciągu z właściwego rejestru lub innych dokumentów, danych lub informacji pochodzących z wiarygodnego i niezależnego źródła (art. 37 ww. ustawy). Zgodnie z art. 34 ust. 4 ww. ustawy STUnŻ ERGO Hestia jako instytucja obowiązana na potrzeby stosowania środków bezpieczeństwa finansowego może przetwarzać informacje zawarte w dokumentach tożsamości klienta i osoby upoważnionej do działania w jego imieniu oraz sporządzać ich kopie. W przypadku gdy instytucja obowiązana nie może zastosować jednego ze środków bezpieczeństwa finansowego, nie przeprowadza transakcji za pośrednictwem rachunku bankowego (art. 41 ust 1 pkt 3) ww. ustawy). Dlatego do wypłaty świadczenia niezbędne jest przedłożenie STUnŻ ERGO Hestii dokumentu tożsamości do wglądu lub przesłanie kopii dokumentu tożsamości. W celu zapewnienia bezpieczeństwa Państwa danych zawartych w przesyłanej kopii dokumentu tożsamości rekomendujemy, aby przesyłana nam kopia/skan dokumentu została przekreślona i opatrzona adnotacją: „Kopia wykonana dla STUnŻ ERGO Hestia SA w celu zastosowania środków bezpieczeństwa finansowego.”.

**IX. PODPIS UBEZPIECZONEGO**

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

**X. 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: • 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 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); 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.

Podstawy prawne przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia;</li> <li>• prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym);</li> <li>• 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).</li> </ul>
Odbiorcy danych	<p>Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• zakładom reasekuracji;</li> <li>• podmiotom wykonującym działalność leczniczą;</li> <li>• innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych;</li> </ul>
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;</li> <li>• 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);</li> <li>• 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);</li> <li>• prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.</li> </ul> <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 przekaze 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>