



HESTIA RAZEM - ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO

Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR) <input type="text"/>	Numer roszczenia <input type="text"/>
---	---------------------------------------

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Imię i nazwisko Ubezpieczonego <input type="text"/>		PESEL <input type="text"/>	
Adres zamieszkania Ubezpieczonego <input type="text"/>	Ulica <input type="text"/>	Numer domu <input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Miejscowość <input type="text"/>		Kod <input type="text"/>	
Data urodzenia (DD:MM:RRRR) <input type="text"/>	Obywatelstwo <input type="text"/>		
Państwo urodzenia <input type="text"/>	Seria i numer dokumentu tożsamości <input type="text"/>		
Numer certyfikatu <input type="text"/>			

II. 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 nieszczęśliwego wypadku	

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA SZPITALNEGO

Informacje dotyczące osoby, która przebywała w szpitalu*	
Imię i nazwisko <input type="text"/>	
Data urodzenia (DD:MM:RRRR) <input type="text"/>	PESEL <input type="text"/>

* 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)		
Od <input type="text"/>	Do <input type="text"/>	Ilość dni <input type="text"/>
W tym okres pobytu na OIOM-ie (od - do) - proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)		
Od <input type="text"/>	Do <input type="text"/>	Ilość dni <input type="text"/>
Czasowa niezdolność do pracy - po zakończeniu pobytu w szpitalu (od - do) - proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)		
Od <input type="text"/>	Do <input type="text"/>	Ilość dni <input type="text"/>
Proszę określić rodzaj schorzenia będącego przyczyną leczenia szpitalnego <input type="text"/>		

IV. INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĄDĄCYM PRZYZYŃĄ LECZENIA SZPITALNEGO (PROSZĘ O WYPEŁNIENIE JEDYŃIE W PRZYPADKU GDY LECZENIE SZPITALNE ZOSTAŁO SPOWODOWANE NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM)

Data, godzina, miejsce, okoliczności wypadku <input type="text"/>
Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku <input type="text"/>
Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku (nazwy placówek i adresy) <input type="text"/>

W razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na końcu druku lub 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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli tak, proszę podać adres policji <input type="text"/>	

V. 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 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.

VI. PODPIS UBEZPIECZONEGO

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

VII. ZAŁĄCZNIKI

1.	Kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość*	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.

VIII. 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 o 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); 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 przedstawiać 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"> 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	Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: <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. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.
Przekazywanie poza Europejski Obszar Gospodarczy	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.
Inne informacje	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. Podanie danych osobowych jest konieczne do przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego- wykonania umowy, bez podania danych osobowych nie będzie to możliwe.