



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO/OPERACJI CHIRURGICZNEJ

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI

I. INFORMACJE O UBEZPIECZONYM/ZGŁASZAJĄCYM ROSZCZENIE I UBEZPIECZENIU

Imię i nazwisko _____		
PESEL lub data urodzenia (w przypadku braku nr PESEL) _____	Numer i seria dokumentu tożsamości*	Obywatelstwo*
Państwo urodzenia*	Rodzaj dokumentu tożsamości* <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu (dotyczy obcokrajowca)	Data ważności dokumentu tożsamości* (DD:MM:RRRR) _____
Nr polisy lub nr certyfikatu lub nr potwierdzenia	Nazwa i adres Pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)	

* Informacje wymagane ustawą z dnia 01.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

ADRES KORESPONDENCYJNY PRZY LIKWIDACJI ROSZCZENIA

Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod _____	
E-mail**	Telefon komórkowy**	
<input type="checkbox"/> Wnoszę o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. w Sopocie (dalej: „ERGO Hestia”) korespondencji związanej z obsługą roszczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje w tym zakresie na wskazany w danych adres e-mail.**		

** Od wyrażenia zgody nie uzależnia się możliwości rejestracji i obsługi roszczenia. Brak zaznaczenia okienka zgody oznacza niewyrażenie zgody.

II. RODZAJ PŁATNOŚCI

<input type="checkbox"/> Przelewem do banku	Nazwa banku
Numer rachunku _____	

III. NAZWA ZDARZEŃ, 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 śródmożgowego
<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) od _____ do _____	Ilość dni
Okres pobytu w sanatorium (od-do) – proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR) od _____ do _____	Ilość dni
Okres pobytu na oddziale rehabilitacyjnym (od-do) – proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR) od _____ do _____	Ilość dni
W tym okres pobytu na OIOM-ie (od-do) – proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR) od _____ do _____	Ilość dni
Czasowa niezdolność do pracy (po zakończeniu pobytu w szpitalu) (od-do) – proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR) od _____ do _____	Ilość dni
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, LECZENIA NA ODDZIALE REHABILITACYJNYM LUB POBYTU W SANATORIUM (proszę o wypełnienie jedynie w przypadku gdy leczenie lub pobyt w sanatorium zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem)

Data i godzina wypadku (DD:MM:RRRR, GG:MM)
_____, _____
Miejsce i okoliczności wypadku
Nazwiska, imiona, adresy i telefony świadków wypadku (przekazane dane kontaktowe będą wykorzystane przez ERGO Hestię w celu likwidacji roszczenia i wypłaty świadczenia).
Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczony był 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/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą leczenia szpitalnego, leczenia na oddziale rehabilitacyjnym, pobytu w sanatorium..

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. PODPIS UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data	Podpis

IX. PODPIS PRZEDSTAWICIELA ERGO HESTII

Potwierdzam autentyczność złożonych powyżej podpisów oraz, że zweryfikowałem dane z okazanym dokumentem tożsamości*

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data	Podpis

* Podpis wymagany, jeżeli wniosek składany jest w obecności przedstawiciela ERGO Hestii.

X. ZAŁĄCZNIKI

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

* Zgodnie z poniższymi przepisami ustawy z dnia 01.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu:

Art. 40 ust. 1 ustawy: Instytucje obowiązane, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 8, będące stronami umowy ubezpieczenia, stosują wobec osób uprawnionych z tytułu tych umów środki bezpieczeństwa finansowego, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 1. Środki te są stosowane niezwłocznie po ustaleniu osób uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia, nie później niż w momencie wypłaty świadczenia. Przepisy art. 34 ust. 4, art. 36 ust. 1 pkt 1 oraz art. 37 stosuje się odpowiednio.

Art. 34 ust. 4 ustawy: Instytucje obowiązane na potrzeby stosowania środków bezpieczeństwa finansowego mogą przetwarzać informacje zawarte w dokumentach tożsamości klienta i osoby upoważnionej do działania w jego imieniu oraz sporządzać ich kopie.

Art. 37 ustawy: Weryfikacja tożsamości klienta, osoby upoważnionej do działania w jego imieniu oraz beneficjenta rzeczywistego 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.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa Państwa danych zawartych w przesyłanej kopi 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”.

Dokument tożsamości można przedłożyć do wglądu ERGO Hestii (zamiast przesyłania kopii).

XI. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA – KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	
Administrator danych	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, zwana dalej „ERGO Hestia” 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	<p>Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych w likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia roszczenia oraz rodzaju roszczenia, • reasekuracji ryzyk, • dochodzenia roszczeń, • marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych 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, • przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych, • rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii, • wypełnienia obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, raportowania FACTA oraz CRS – wypełnienia obowiązków instytucji obowiązanej wynikających z ustawy z dnia 01.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (dalej: ustawa o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu), wypełnienia obowiązku wymiany informacji podatkowej ze Stanami Zjednoczonymi wynikającego z ustawy z dnia 09.10.2015 r. 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), wypełnienia obowiązków wynikających z ustawy z dnia 09.03.2017 r. o wymianie informacji podatkowej z innymi państwami (dalej: ustawa CRS), • wypełnienia obowiązków ciężących na administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, • związanych z obsługą klientów i interesantów za pośrednictwem infolinii – Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w postaci nagrania rozmowy, • zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia administrator stosuje monitoring wizyjny, • analitycznych i statystycznych.
Podstawy prawne przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"> • niezbędność do wykonywania umowy ubezpieczenia, • prawnie uzasadnione interesy administratora danych – to m.in. prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, możliwość ewentualnego dochodzenia roszczeń, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia, • wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej) – przetwarzanie w celu wypełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa to m.in. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości, rozpatrywaniu reklamacji związanych z raportowaniem do organów władzy publicznej, w tym organów nadzorczych oraz do innych podmiotów, do których ERGO Hestia jest zobowiązana raportować, wypełnienie obowiązków ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, ustawy FACTA, ustawy CRS, • uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należy administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane, • zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.
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 przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne roszczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym, • zakładom reasekuracji, • innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody, • podmiotom wykonującym działalność leczniczą, • innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody, • innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych.
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> • prawo do wycofania zgody – w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, • prawo dostępu do danych osobowych (informacji o przetwarzanych danych, kopii danych) oraz prawo żądania ich sprostowania (poprawiania), ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, • prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania, • prawo do przenoszenia danych osobowych – ma Pani/Pan także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przestania do innego administratora - jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy, • 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.
Przekazanie 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. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia 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> <p>Dodatkowa informacja dla osób, których dane osoba zgłaszająca roszczenie przekazuje ERGO Hestii: Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane przez ERGO Hestię od osoby zgłaszającej roszczenie w zakresie: imię, nazwisko, telefon i adres w celu wykonania umowy ubezpieczenia i nie będą przetwarzane w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora.</p>