



ZGŁOSZENIE SZKODY – KOSZTY LECZENIA
CLAIM FORM – MEDICAL EXPENSES

DANE OSOBOWE Personal details						NR SZKODY CLAIM NO.
Nazwisko Surname						
Imię (imiona) First name						
Adres korespondencyjny: Address:	Ulica Street	Nr No.	Kod pocztowy Postal Code	Miejscowość City	Kraj Country	
Nr telefonu: Telephone No.:	do pracy Office Phone No.	do domu Home Phone No.		PESEL Personal Identification Number PESEL		
Czy wyraża Pan(i) zgodę na e-korespondencję? Do you agree to receive e-letters?		<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No	Adres e-mail: E-mail:		

DANE DOTYCZĄCE POLISY
Policy details

Nr polisy / certyfikatu ubezpieczenia
Policy / insurance certificate No.

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE SZKODY
Claim details

Początek choroby / data wypadku Date of onset of illness / accident	Miejscowość / kraj zdarzenia City / State of the incident
Szczegółowy opis choroby / wypadku, włącznie z charakterem obrażeń Full description of illness / accident including nature of injuries	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Czy w momencie zajścia był(a) Pan(i) po spożyciu alkoholu lub środków odurzających? Were you under the influence of alcohol or drugs at the moment of the incident?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No	Nazwisko i adres Pan(a)i lekarza rodzinnego / prowadzącego Name and address of your family doctor / treating physician
Czy był(a) Pan(i) hospitalizowan(y)(a) wskutek tej choroby / tego wypadku? Have you been hospitalised as a result of the illness / accident?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No	
Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym? Have you contacted the Alarm Center?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No	
Czy cierpiał(a) Pan(i) na taką samą lub podobną chorobę w przeszłości? Have you suffered from the same or similar illness in the past?	<input type="checkbox"/> Tak Yes	<input type="checkbox"/> Nie No	

DANE DOTYCZĄCE SZKODY (w przypadku braku miejsca proszę kontynuować na dodatkowej kartce papieru)
PARTICULARS OF CLAIM (please continue on an extra sheet of paper if necessary)

WYKAZ KOSZTÓW LECZENIA PONIESIONYCH PRZEZ KLIENTA (prosimy o wskazanie, które rachunki nie zostały jeszcze opłacone, jeśli takie występują)
MEDICAL EXPENSES LIST (please indicate which bills are not paid)

Data Date	Wyszczególnienie Description	Kwota w lokalnej walucie Amount in local currency

Czy spodziewa się Pan(i) innych rachunków?
Are you expecting any other bills?

Tak
Yes

Nie
No

Czy posiada Pan(i) inne polisy ubezpieczeniowe, które obejmują ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie?
Do you have any other insurance policy which covers this incident?

Tak
Yes

Nie
No

Nazwy towarzystw ubezpieczeń
Name of insurance company

Numery polis
Policy No.

OŚWIADCZENIE I PODPIS OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM

Claimant's declaration and signature

- Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia (roszczeń) wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
- Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominęłam (pominęłam) żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez Ubezpieczyciela.
- Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwanych (ego)(ych) w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważnion(y)(a) do działania w ich imieniu; stwierdzam również, że osoby te zostały poinformowane, że STU ERGO Hestia SA nie będzie ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeśli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom.
- Oświadczam, iż nie pobrał(em)(am) zwrotu poniesionych kosztów ani nie wystąpił(em)(am) o zwrot do żadnego innego towarzystwa ubezpieczeń (za wyjątkiem ubezpieczenia NNW).
- Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakikolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.
- Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem Pani/ Pana danych osobowych, które będą przetwarzane w celu likwidacji szkody, wykonania umowy ubezpieczenia, rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań i przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Przysługują Pani/ Panu następujące prawa: dostępu do danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

Przyznane odszkodowanie proszę przekazać na rachunek bankowy:

.....
Nazwa banku. Oddział

.....
Pełny numer rachunku

.....
Właściciel rachunku

Zapoznał(em)(am) się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem.

Imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem
Claimant full name

Podpis osoby występującej z roszczeniem
Claimant signature

Data
Date