



**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)	
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) 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 okresie 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. _____
--	----------	----------	----------



EHZ01020770701509

VI. INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCZYNĄ 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.

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA od każdego z podmiotów, który udzielił mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, 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.

VIII. ZAŁĄCZNIKI

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

IX. PODPIS UBEZPIECZONEGO

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

X. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. 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/Pani dane osobowe będą przez nas przetwarzane w celu wykonania czynności ubezpieczeniowych, związanych z rozpatrywaniem roszczenia, w sytuacji kiedy zosta(a) Pan/Pani 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.



EHZ02020770701509