



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> <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	



EHM01020069581506

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

WYKAZ KOSZTÓW LECZENIA PONIESIONYCH PRZEZ KLIENTA
MEDICAL EXPENSES SCHEDULE

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 ochronę 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.
- W przypadku, gdy roszczenie wiąże się z ewentualnym zwrotem wypłaconych świadczeń z towarzystwa ubezpieczeń lub innej

zainteresowanej strony (za wyjątkiem ubezpieczenia NNW), upoważniam je do przekazania każdego takiego zwrotu do STU Ergo Hestia SA.

- Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.
- Przyjmując do wiadomości treść niniejszego formularza zgłoszenia, jestem świadomy, że STU Ergo Hestia SA zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje innym Ubezpieczycielom bądź innym zainteresowanym upoważnionym stronom. Wszelkie dane są przechowywane przez STU Ergo Hestia SA zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zmianami).

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

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA
81-731 Sopot, ul. Hestii 1
tel. +48 58 555 60 00, fax +48 58 555 60 01

TU/ZS005/1506 str. 2/2

Skontaktuj się z nami:
www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora



EHM02020069581506