

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 (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 pobrałam (em)(am) zwrotu poniesionych kosztów ani nie wystąpiłam (em)(am) o zwrot do żadnego innego towarzystwa ubezpieczeń (za wyjątkiem ubezpieczenia NNW).
- 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.
- 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

Zapoznałam (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