

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
/ WADY WRODZONEJ DZIECKA**

1. Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)

2. Nr roszczenia

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego

4. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5. Adres zamieszkania Ubezpieczonego

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)

7. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

8. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

<input type="text"/>

9. Preferowany sposób kontaktu (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> e-mail: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pocztą: adres korespondencyjny: <input type="text"/>	Nr telefonu: <input type="text"/>
---	--	-----------------------------------

10. Nazwa świadczeń, z tytułu których dokonywane jest zgłoszenie roszczenia

Poważne zachorowanie:			
<input type="checkbox"/> Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Dziecka	<input type="checkbox"/> Małżonka	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona dziecka

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZACHOROWANIA

Informacje dotyczące osoby, u której wystąpiło zachorowanie*

11. Imię i nazwisko

12. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)/PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

*Jeśli zachorowanie wystąpiło u Ubezpieczonego wypełnienie poniższego punktu nie jest konieczne

13. Rodzaj doznanego poważnego zachorowania

14. Data wystąpienia lub pierwszego zdiagnozowania poważnego zachorowania

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

15. Proszę podać krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia, w tym wymienić imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których Pan(i) się leczy (leczył(a)), a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których Pan(i) się leczy (leczył(a)).

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

ZR003/1010 str. 1/2



EHZ01020063031010

Hestia Kontakt 801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

www.ergohestia.pl

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO**Rodzaj płatności**

<input type="checkbox"/> 16. Przelewem do banku	17. Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)
18. Nr rachunku	

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą wystąpienia, zdiagnozowania i leczenia poważnego zachorowania.

Ja niżej podpisany, wiadomy 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 S.A. 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 S.A. wszystkich informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

PODPIS UBEZPIECZONEGO

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

PODPIS MAŁŻONKA*

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

*w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka

ZAŁĄCZNIKI

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

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

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 został(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.

