



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)	Obywatelstwo	
Państwo urodzenia		Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość	
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 okres 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. _____

VI. INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCYNĄ 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?

 nie tak

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?

 nie 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.

Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałem ERGO Hestii w celu likwidacji roszczenia i wypłaty świadczenia (wykonania umowy ubezpieczenia) z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przekazaną mi przez ERGO Hestię.**VIII. ZAŁĄCZNIKI**1. **Kopia dokumentu tożsamości***

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

* Niniejsza kopia dokumentu tożsamości przekazywana jest w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. z 2018r., poz. 723) i jest niezbędna do realizacji niniejszego roszczenia.

IX. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię

Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)

Podpis

X. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA**Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych**

Administrator danych	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Numer telefonu: 801 107 107 lub (58) 555 55 55
Inspektor ochrony danych	Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
Dane kontaktowe inspektora ochrony danych	Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Adres email: iod@ergohestia.pl Formularz kontaktowy znajduje się w sekcji OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH na stronie www.ergohestia.pl
Cele przetwarzania	Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach: <ul style="list-style-type: none"> wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń - wykonanie umów; rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań; reasekuracja ryzyk; wypełnienie obowiązków instytucji obowiązanej wynikających z ustawy przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, wypełnienie obowiązku wymiany informacji podatkowej ze Stanami Zjednoczonymi wynikającego z ustawy o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (dalej: ustawa FATCA), wypełnienie obowiązków wynikających z ustawy o wymianie informacji podatkowej z innymi państwami (dalej: ustawa CRS); prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym); <p>W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych i innych informacji opracujemy profil marketingowy, aby przedstawić Pani/Panu oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb. Na podstawie takiego profilu nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.</p>

Podstawy prawne przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"> • przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia; • prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym); • wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości, ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, raportowaniu wynikającemu z ustawy FACTA oraz ustawy CRS).
Odbiorcy danych	<p>Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii (m.in. dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacyjne, windykacyjne, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne roszczeń, organizującym lub wykonującym czynności związane z postępowaniem likwidacyjnym roszczeń); • zakładom reasekuracji; • podmiotom wykonującym działalność leczniczą; • innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych;
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> • prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania; • prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora danych (np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania); • prawo do przenoszenia danych osobowych (tj. do otrzymania od administratora danych Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora); • prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. <p>W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.</p>
Przekazywanie poza Europejski Obszar Gospodarczy	<p>ERGO Hestia przekaze Pani/Pana dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania łączącej nas umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych osobowych. Może Pani/Pan otrzymać kopię przekazanych danych oraz żądać wskazania miejsca udostępnienia danych. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych.</p>
Inne informacje	<p>Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych (rachunków, faktur) dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, ustawy FACTA, ustawy CRS.</p> <p>Podanie danych osobowych jest konieczne do przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego- wykonania umowy, bez podania danych osobowych nie będzie to możliwe.</p>