



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

Nr roszczenia

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ FORMULARZ Drukowanymi literami

Imię i nazwisko Ubezpieczonego <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>					
PESEL <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		Data urodzenia (DD:MM:RRRR) <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		Obywatelstwo <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>	
Państwo urodzenia <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>			Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		
Adres zamieszkania Ubezpieczonego <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		Ulica <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		Nr domu <input style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>	Nr lokalu <input style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>
Miejscowość <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>					Kod <input style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/> - <input style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> e-mail: <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>			Nr telefonu <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		
Numer polisy lub potwierdzenia <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>			Nazwa i adres Pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie) <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		

### II. RODZAJ PŁATNOŚCI

<input type="checkbox"/> Przelewem do banku		Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko) <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>
Nr rachunku <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		

### III. 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

### IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZACHOROWANIA

Informacje dotyczące osoby, u której wystąpiło zachorowanie\*

Imię i nazwisko <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		Data urodzenia (DD:MM:RRRR)/PESEL <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		<input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>	

\*jeśli zachorowanie wystąpiło u Ubezpieczonego wypełnienie poniższego punktu nie jest konieczne

Rodzaj doznanego poważnego zachorowania <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>		Data wystąpienia lub pierwszego zdiagnozowania poważnego zachorowania (DD:MM:RRRR) <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>	
Proszę podać krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia, w tym wymienić imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których Pan(i) się leczysz (leczył(a)), a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których Pan(i) się leczysz (leczył(a)).  <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>  <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>  <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>  <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>  <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>  <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>  <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed red;" type="text"/>			

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

ZR003/1807 str. 1/3

Skontaktuj się z nami:  
[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

801 107 107\*, 58 555 5 555

\*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

## V. PODPIS UBEZPIECZONEGO

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

## VI. PODPIS MAŁŻONKA\*

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

\*w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka

## VII. ZAŁĄCZNIKI

1. <b>Kopia dokumentu tożsamości*</b> ..... .....
2. .... .....
3. .... .....
4. .... .....
5. .... .....
6. .... .....
7. .... .....
8. .... .....
9. .... .....
10. .... .....

\* 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.

## VIII. 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"> <li>wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych w likwidacją roszczeń - wykonanie umów;</li> <li>rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań;</li> <li>reasekuracja ryzyk;</li> <li>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);</li> <li>prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym);</li> </ul> <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"> <li>przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia;</li> <li>prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym);</li> <li>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).</li> </ul>
Odbiorcy danych	Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: <ul style="list-style-type: none"> <li>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);</li> <li>zakładom reasekuracji;</li> <li>podmiotom wykonującym działalność leczniczą;</li> <li>innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych;</li> </ul>

Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;</li> <li>• 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);</li> <li>• 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);</li> <li>• prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.</li> </ul> <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> <p>W przypadku zgłoszenia roszczeń z tytułu: poważne zachorowanie małżonka, poważne zachorowanie dziecka, wady wrodzonej dziecka 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.</p>