



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

Nr roszczenia

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ FORMULARZ DUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko Ubezpieczonego JAN KOWALSKI			
PESEL 73112211333	Data urodzenia (DD:MM:RRRR) 22 11 1973	Obywatelstwo POLSKIE	
Państwo urodzenia POLSKA		Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość AAA 11222	
Adres zamieszkania Ubezpieczonego	Ulica PIĘKNA	Nr domu 1	Nr lokalu
Miejscowość WARSZAWA		Kod 01 324	
<input type="checkbox"/> e-mail: _____		Nr telefonu 602 445 945	
Numer polisy lub potwierdzenia		Nazwa i adres Pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)	
_____		_____	

II. RODZAJ PŁATNOŚCI

<input checked="" type="checkbox"/> Przelewem do banku	Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko) JAN KOWALSKI
Nr rachunku 11 2222 3333 4444 5555 6666 7777	

III. NAZWA ŚWIADCZEŃ, Z TYTUŁU KTÓRYCH DOKONYWANE JEST ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Poważne zachorowanie:

Ubezpieczonego Dziecka Małżonka Wada wrodzona dziecka

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZACHOROWANIA

Informacje dotyczące osoby, u której wystąpiło zachorowanie*

Imię i nazwisko JAN KOWALSKI	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)/PESEL 73112211333
--	---

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

Rodzaj doznanego poważnego zachorowania ZGODNIE Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ	Data wystąpienia lub pierwszego zdiagnozowania poważnego zachorowania (DD:MM:RRRR) _____
<p>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)).</p> <p>ZGODNIE Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

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

V. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię KOWALSKI JAN	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) WARSZAWA 25 02 2019	Podpis KOWALSKI
--	---	---------------------------

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. Kopia dokumentu tożsamości*
2. DOKUMENTACJA MEDYCZNA.
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"> wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych w 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); 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.
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	Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: <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> <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>