



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO

| | | |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Data wpłynięcia zgłoszenia | 2. Nr roszczenia | 3. Likwidator |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

4. Imię i nazwisko Ubezpieczonego

| | |
|----------------------|----------------------|
| 5. PESEL | 6. Data urodzenia |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

7. 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"/> |

Dokument tożsamości

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 8. Rodzaj dokumentu | 9. Seria i numer | 10. Wydany dnia | 11. Wydany przez |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|--|---|
| 12. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie) | 13. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)* |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

* przy umowie grupowego ubezpieczenia na życie konieczne jest wypełnienie przez pracodawcę części „Oświadczenie pracodawcy” na stronie 2

INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA SZPITALNEGO

Tytuł świadczenia (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 14. Leczenie szpitalne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem | <input type="checkbox"/> 15. Leczenie szpitalne nie spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem |
|--|--|

| | |
|--|---------------------------------|
| 16. Okres pobytu w szpitalu (od - do) - proszę o określenie dnia, miesiąca, roku | 17. Ilość dni pobytu w szpitalu |
| od <input type="text"/> do <input type="text"/> | <input type="text"/> |

18. Proszę określić rodzaj schorzenia będącego przyczyną leczenia szpitalnego

INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCZYNĄ LECZENIA SZPITALNEGO (proszę o wypełnienie jedynie z przypadku gdy leczenie szpitalne zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem)

19. Data, godzina, miejsce, okoliczności wypadku

20. Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku

21. 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)

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

| | | |
|---|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 22. Przelewem do banku | 23. Nazwa banku | 24. Nr rachunku |
| <input type="checkbox"/> 25. Przekazem pocztowym na mój adres | <input type="checkbox"/> 26. W gotówce lub czekiem we wskazanym przez Towarzystwo miejscu | |

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.

ZAŁĄCZNIKI

| |
|----------|
| 1. _____ |
| 2. _____ |
| 3. _____ |
| 4. _____ |
| 5. _____ |

PODPIS UBEZPIECZONEGO

| | | |
|--------------------------|---|-----------------|
| Nazwisko i imię _____ | Miejscowość i data _____ _ _ _ _ _ _ _ _ | Podpis _____ |
|--------------------------|---|-----------------|

WYPEŁNIA PRACODAWCA

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

27. Data wplynięcia zgłoszenia

| |
|---------------------------------|
| _____ _ _ _ _ _ _ _ _ |
|---------------------------------|

28. Ostatnia składka za okres

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

29. Oświadczam, iż pracownikowi wypłacano, ze środków pracodawcy, 80% wynagrodzenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy w okresie pobytu w szpitalu, wskazanym przez Ubezpieczonego w pozycji nr 12 niniejszego zgłoszenia roszczenia (prosimy zaznaczyć właściwy kwadrat):

- przez cały okres pobytu w szpitalu,
 w okresie od do,
 nie wypłacono przez cały okres pobytu w szpitalu.

Pieczęć firmowa pracodawcy

| | | |
|--------------------------|---|-----------------|
| Nazwisko i imię _____ | Miejscowość i data _____ _ _ _ _ _ _ _ _ | Podpis _____ |
|--------------------------|---|-----------------|

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

| | | |
|--------------------------|---|-----------------|
| Nazwisko i imię _____ | Miejscowość i data _____ _ _ _ _ _ _ _ _ | Podpis _____ |
|--------------------------|---|-----------------|

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami), Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 k.c., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z zawartej umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej inne cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów
Hestia Kontakt 0 801 107 107*
lub **(+58) 555 55 55**

* opłata za połączenie równa jednostce taryfikacyjnej TP SA