



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO /OPERACJI CHIRURGICZNEJ

1. Data wzięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)	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 (DD:MM:RRRR)
<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"/>

8. 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"/>
---	--	----------------------------------

Dokument tożsamości

9. Rodzaj dokumentu	10. Seria i numer	11. Wydany dnia	12. Wydany przez
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)	14. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. 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 nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> Czasowa niezdolność do pracy (po zakończeniu pobytu w szpitalu)
<input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Inne

INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA SZPITALNEGO

Informacje dotyczące osoby, która przybywała w szpitalu*

16. Imię i nazwisko	17. Data urodzenia (DD-MM:RRRR)/PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*jeśli leczenie szpitalne dotyczyło Ubezpieczonego wypełnienie poniższego punktu nie jest konieczne

18. Okres pobytu w szpitalu (od – do) – proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)	19. Ilość dni
od <input type="text"/> do <input type="text"/>	<input type="text"/>

19. W tym okresie pobytu na OIOM-ie (od – do) – proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)	20. Ilość dni
od <input type="text"/> do <input type="text"/>	<input type="text"/>

21. Czasowa niezdolność do pracy (po zakończeniu pobytu w szpitalu) (od – do) – proszę o określenie dnia, miesiąca, roku (DD:MM:RRRR)	22. Ilość dni
od <input type="text"/> do <input type="text"/>	<input type="text"/>

23. Proszę określić rodzaj schorzenia będącego przyczyną leczenia szpitalnego

INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĄDĄCYM PRZYCYNĄ LECZENIA SZPITALNEGO (proszę o wypełnienie jedynie w przypadku gdy leczenie szpitalne zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem)

24. Data, godzina, miejsce, okoliczności wypadku



25. Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku

26. 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)

27. Czy w chwili zdarzenia osoba, której dotyczy leczenie była w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości?

nie

tak

28. Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?

nie

tak

Jeżeli tak, proszę podać adres policji

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności

29. Przelewem do banku

30. Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)

31. Nr rachunku

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.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. od każdego z podmiotów, który udzielał 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.

ZAŁĄCZNIKI

-
-
-
-
-

PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię

Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)

Podpis

WYPEŁNIENIA PRACODAWCA

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

32. Data wstąpienia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)

33. Ostatnia składka za okres

34. 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 (DD:MM:RRRR)

Podpis

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 zosta(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.

ZR001/1010 str. 2/2



EHZ02020063011010

Hestia Kontakt 801 107 107*, 58 555 5 555
*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

www.ergohestia.pl