



## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO /OPERACJI CHIRURGICZNEJ

1. Data wpłynięcia 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 zasięgnięcie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. od każdego z podmiotów, który udział 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](http://www.ergohestia.pl)