



ZGŁOSZENIE SZKODY – KOSZTY LECZENIA/NNW

CLAIM FORM – MEDICAL EXPENSES/ACCIDENT CONSEQUENCES

Dane osobowe Personal details	NR SZKODY CLAIM NO.
---	-------------------------------

Nazwisko Surname					
Imię (imiona) Forename(s)					
Adres domowy: Home address:	Ulica Street	Nr No.	Kod pocztowy Postcode	Miejscowość City	Kraj Country
Nr telefonu: Telephone No.:	do pracy work	do domu home		Data urodzenia Date of Birth	

Dane dotyczące polisy

Policy details

Nr polisy/certyfikatu ubezpieczenia Policy/insurance certificate no.	Data wystawienia polisy/certyfikatu Date of issue
Rodzaj ubezpieczenia Type of insurance	Data rezerwacji podróży Date of booking
Data rozpoczęcia podróży Date of departure	Data zakończenia podróży Date of return

Szczegóły dotyczące szkody

Claim details

Początek choroby/data wypadku Date of onset of illness/accident	Miejscowość/kraj City/Country
Szczegółowy opis choroby/wypadku, włącznie z charakterem obrażeń Full description of illness/accident including nature of injuries	
Czy był(a) Pan(i) hospitalizowan(y)(a) wskutek tej choroby/tego wypadku? Were you hospitalised as a result of the illness/accident?	Nazwisko i adres Pan(a)(i) lekarza rodzinnego Name and address of your family doctor
Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym? Did you contact Alarm Center?	
Czy cierpiał(a) Pan(i) na taką samą lub podobną chorobę w przeszłości? Did you suffer from the same or similar illness in the past?	
Nazwisko lekarza i adres szpitala lub kliniki, z którego korzystał(a) Pan(i) wskutek choroby/wypadku Please provide details of the treating doctor and his clinic/hospital address	Czy otrzymał(a) Pan(i) środki pieniężne na pokrycie kosztów leczenia z jakiegokolwiek innego źródła? Have you received payment from any other source?
_____ _____ _____	Jeśli tak, proszę podać kwotę i zaznaczyć przez kogo została wypłacona If so, how much and from whom
_____ _____ _____	_____ _____ _____

Dane dotyczące szkody (w przypadku braku miejsca proszę kontynuować na dodatkowej kartce papieru)

Particulars of claim

WYKAZ KOSZTÓW LECZENIA

MEDICAL EXPENSES SCHEDULE

Data Date	Wyszczególnienie Description	Kwota w lokalnej walucie Amount in local currency	Kto zapłacił rachunek? Who paid the bill?

Czy spodziewa się Pan(i) innych rachunków?

Are you expecting any other bills?

Tak
Yes

Nie
No

Czy posiada Pan(i) inną polisę ubezpieczeniową, która obejmuje ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie?

Do you have any other insurance policy which covers this incident?

Tak
Yes

Nie
No

Jeśli tak, proszę podać szczegóły

If yes, please provide details

Nazwa towarzystwa ubezpieczeń

Name of insurance company

Nr polisy

Policy No.

Adres

Address

Oświadczenie i podpis osoby występującej z roszczeniem

Claimants declaration and signature

- Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia (roszczeń) wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
- Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominęłam (pominęłam) żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez Ubezpieczyciela.
- Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwanych (ego)(ych) w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważnion(y)(a) do działania w ich imieniu; stwierdzam również, że osoby te zostały poinformowane, że STU Ergo Hestia SA nie będzie ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeśli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom.
- Udzielam niniejszym mojej zgody lekarzowi bądź władzom/instytucjom wymienionym w niniejszym formularzu na udostępnienie STU Ergo Hestia SA dalszych informacji w zakresie historii choroby dotyczącej mojej osoby.

- W przypadku, gdy roszczenie wiąże się z ewentualnym zwrotem wypłaconych świadczeń z towarzystwa ubezpieczeń lub innej zainteresowanej strony (za wyjątkiem ubezpieczenia NNW), upoważniam je do przekazania każdego takiego zwrotu do STU Ergo Hestia SA.
- Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.
- Przyjmując do wiadomości treść niniejszego formularza zgłoszenia, jestem świadomy, że STU Ergo Hestia SA zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje innym Ubezpieczycielom bądź innym zainteresowanym upoważnionym stronom. Wszelkie dane są przechowywane przez STU Ergo Hestia SA zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zmianami).

Przynane odszkodowanie/świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku. Oddział

Pełny numer rachunku

Właściciel rachunku

Zapoznał(em)(am) się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem.

Imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem

Claimant full name

Podpis osoby występującej z roszczeniem

Claimant signature

Data

Date