



ZGŁOSZENIE SZKODY - KOSZTY LECZENIA/NNW CLAIM FORM - MEDICAL EXPENSES/ACCIDENT CONSEQUENCES

Wypełnia
STU Ergo Hestia SA

Numer szkody/Claim No.

_____ / _____ / _____

I. DANE OSOBOWE/PERSONAL DETAILS

Nazwisko/Surname _____						
Imię (imiona)/Forename (s) _____						
Adres domowy/ Home address		Ulica/Street	Numer/No.	Kod pocztowy/Postcode _____	Miejscowość/City	Kraj/Country
Numer telefonu/ Telephone No.		Do pracy/Work _____	Do domu/Home _____		Data urodzenia (DD:MM:RRRR)/Date of Birth _____	

II. DANE DOTYCZĄCE POLISY/POLICY DETAILS

Numer polisy/certyfikatu ubezpieczenia/ Policy/insurance certificate No.	Data wystawienia polisy/certyfikatu (DD:MM:RRRR)/ Date of issue _____
Rodzaj ubezpieczenia/ Type of insurance	Data rezerwacji podróży (DD:MM:RRRR)/ Date of booking _____
Data rozpoczęcia podróży (DD:MM:RRRR)/ Date of departure _____	Data zakończenia podróży (DD:MM:RRRR)/ Date of return _____

III. 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 hospitalizowany/a wskutek tej choroby/tego wypadku? Were you hospitalised as a result of the illness/accident	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO
Czy kontaktował/a się Pan/i z Centrum Alarmowym? Did you contact Alarm Center?	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO
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?	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO
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 _____ _____ _____	Nazwisko i adres Pana/i lekarza rodzinnego Name and address of your family doctor _____ _____ _____ _____ _____
	Czy otrzymał(a) Pan/i środki pieniężne na pokrycie kosztów leczenia z jakiegokolwiek innego źródła? Have you received payment from any other source? <input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO
	Jeśli tak, proszę podać kwotę i zaznaczyć przez kogo została wypłacona If so, how much and from whom _____ _____ _____



EHM01020030211101

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

3. Czy posiada Pan/i jakiegokolwiek inne ubezpieczenie, które obejmuje ochronę ubezpieczeniową to zdarzenie?
Do you have any other insurance which would covers this incident? TAK YES NIE NO

4. Jeśli tak, proszę podać szczegóły?/If yes, please provide details?
.....

5. Nazwa towarzystwa ubezpieczeń/Name of the Insurance Company Numer polisy/Policy No.

6. Adres/Address
.....

V. OŚWIADCZENIE I PODPIS OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM/CLAIMANTS DECLARATION AND SIGNATURE

- 1) Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia/roszczeń wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
2) Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominę/am żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez Ubezpieczyciela.
3) Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwanych/ych w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważniony/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.
4) 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.
5) 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.
6) Przyjmując do wiadomości treść niniejszego punktu, jestem świadomy, że STU Ergo Hestia SA zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawic pewne informacje innym Ubezpieczycielom bądź innym stronom zainteresowanym. 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).

Przyznane odszkodowanie/świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy

Nazwa banku/ Oddział
Pełny numer rachunku
Właściciel rachunku

Zapoznałem/am się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem.

Miejscowość/City	Imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem/Claimant full name	Podpis osoby występującej z roszczeniem/Claimant signature
Data (DD:MM:RRRR)/Date	



EHM02020030211101