



**WYKAZ KOSZTÓW LECZENIA/MEDICAL EXPENSES SCHEDULE**

| Data<br>Date | Wyszczególnienie<br>Description | Kwota w lokalnej walucie<br>Amount in local currency | Kto zapłacił rachunek?<br>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/<br>Oddział | ..... |
| Pełny numer<br>rachunku | ..... |
| Właściciel<br>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