



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

1. Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)	2. Nr roszczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego	4. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. 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"/>

6. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)	7. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

9. 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"/>
---	---	----------------------------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

10. Nazwa świadczeń, z tytułu których dokonywane jest zgłoszenie roszczenia				
<input type="checkbox"/> zgon małżonka	<input type="checkbox"/> zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	<input type="checkbox"/> zgon dziecka	<input type="checkbox"/> zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/> zgon rodzica	<input type="checkbox"/> zgon teścia	<input type="checkbox"/> urodzenie martwego noworodka	<input type="checkbox"/> inne	
11. Imię i nazwisko zmarłego	12. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	13. Data zgonu (DD:MM:RRRR)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
14. Wyciąg z aktu zgonu nr*	15. Wystawionego dnia* (DD:MM:RRRR)	16. Przez*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
17. Inne				
<input type="text"/>				

*w przypadku zgłoszenia urodzenia martwego noworodka proszę wpisać datę urodzenia i informacje dotyczące aktu urodzenia posiadającego odpowiednią adnotację

18. Proszę określić przyczynę zgonu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)



19. Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?*

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Jeżeli tak, proszę podać adres policji
------------------------------	------------------------------	---

*wypełnić w przypadku zgonu Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności

<input type="checkbox"/> 20. Przelewem do banku	21. Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)
22. Nr rachunku	

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą zgonu współubezpieczonego.

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.

PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)	Podpis
-----------------------------------	---	--------

ZAAŁĄCZNIKI

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

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 został(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.

