



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

1. Data wpłynięcia zgłoszenia

2. Nr roszczenia

-------------	--

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego

4. Data urodzenia

-------------	-------------

5. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)

6. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

-------------	-------------

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

8. Nazwa świadczeń, z tytułu których dokonywane jest zgłoszenie roszczenia

☐ zgon Ubezpieczonego	☐ zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	☐ zgon Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego	☐ osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	☐ inne:
--	--	---	---	--------------------------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

9. Data zgonu

10. Wyciąg z aktu zgonu nr

11. Data wystawienia aktu zgonu

12. Wystawiający akt zgonu

-------------	--	--	--

13. Inne:

--

14. Proszę określić przyczynę zgonu Ubezpieczonego oraz imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których zmarły się leczył, a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których Ubezpieczony się leczył.

W przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku proszę dodatkowo podać:

- 1) datę, godzinę i miejsce wypadku,
- 2) okoliczności wypadku,
- 3) nazwiska i adresy świadków wypadku.

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

Czy zmarły Ubezpieczony posiadał w chwili zgonu dzieci w wieku do 18 lat, dzieci uczące się w wieku do 25 lat lub dzieci całkowicie niezdolne do pracy na mocy decyzji organu rentowego?

15. Imię i nazwisko każdego z dzieci	16. Data urodzenia 	17. Adres zamieszkania
18.	19. 	20.
21.	22. 	23.

24. Imię i nazwisko	25. Data urodzenia
_____	_____ _____ _____
26. Adres zamieszkania	27. Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym
_____	_____

☐ 28. Przelewem do banku	29. Nazwa banku	30. Nr rachunku
☐ 31. Przekazem pocztowym na mój adres	☐ 32. W gotówce lub czekiem we wskazanym przez Towarzystwo miejscu	

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.

Nazwisko i imię 	Miejscowość i data 	Podpis
-----------------------------	--	----------------

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

Nazwisko i imię 	Miejscowość i data 	Podpis
-----------------------------	--	----------------

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej inne cele prawnie uzasadnione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów
Hestia Kontakt 0 801 107 107*
lub (+58) 555 55 55
* opłata za połączenie równa jednostce taryfikacyjnej TP SA