



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

1. Data wpłynięcia zgłoszenia

2. Nr roszczenia

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego

4. Data urodzenia

<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)

<input type="text"/>

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

9. Stopień pokrewieństwa zmarłego współubezpieczonego z Ubezpieczonym (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

małżonek dziecko martwo urodzony noworodek rodzic teść inny:

10. Imię i nazwisko zmarłego

11. Data urodzenia

12. Data zgonu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

13. Wyciąg z aktu zgonu nr*

14. Wystawionego dnia*

15. Przez*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

16. Inne

<input type="text"/>

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

17. Proszę określić przyczynę zgonu

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> 18. Przelewem do banku	19. Nazwa banku	20. Nr rachunku
<input type="checkbox"/> 21. Przekazem pocztowym na mój adres	<input type="checkbox"/> 22. W gotówce lub czekiem we wskazanym przez Towarzystwo miejscu	

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	Podpis
_____	_____	
_____	_____	

ZAŁĄCZNIKI

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

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
_____	_____	
_____	_____	

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 k.c., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z zawartej umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

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 usprawiedliwione 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