



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

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"/>

9. Nazwa świadczenia dodatkowego, z tytułu którego dokonywane jest zgłoszenie roszczenia

<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału mięśnia sercowego lub udaru
<input type="checkbox"/> całkowita trwała niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> opłacanie składki ubezpieczeniowej na skutek całkowitej niezdolności do pracy	<input type="checkbox"/> inne:

INFORMACJE O NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU BĘDĄCYM PRZYCZYNĄ INWALIDZTWA/USZCZERBKU NA ZDROWIU/NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

10. Data, godzina, miejsce i okoliczności wypadku
11. Rodzaj doznanych obrażeń
12. Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku
13. Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczyl się po wypadku

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

INFORMACJE O PRZYCZYNNIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NIE SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

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

(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"/> 15. Przelewem do banku	16. Nazwa banku	17. Nr rachunku
<input type="checkbox"/> 18. Przekazem pocztowym na mój adres	<input type="checkbox"/> 19. W gotówce lub czekiem we wskazanym przez Towarzystwo miejscu	

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą zgłoszonego zdarzenia i jego następstw.

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