



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA KAPITAŁOWEGO Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM BĄDŹ Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE

Data wpłynięcia zgłoszenia	Nr roszczenia

INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE
Imię i nazwisko uprawnionego do zgłoszenia roszczenia

Adres zamieszkania uprawnionego do zgłoszenia roszczenia

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość

PESEL	Nr polisy lub nr potwierdzenia

Przy umowie grupowego ubezpieczenia na życie konieczne jest wypełnienie przez pracodawcę części „Oświadczenie pracodawcy”.
OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacone były wszystkie regularne składki ubezpieczeniowe za Ubezpieczonego:	Pieczeń firmowa pracodawcy
Za jaki miesiąc i kiedy została opłacona ostatnia składka za Ubezpieczonego:	
Data zatrudnienia Ubezpieczonego w wyżej wymienionym zakładzie pracy:	

PODPIS PRZEDSTAWICIELA ZAKŁADU PRACY

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

Proszę o wypłatę (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):	
☐	z tytułu zakończenia okresu ubezpieczenia na skutek dożycia wieku określonego w umowie ubezpieczenia
☐	wartości wykupu (wartości polisy) przed dożyciem wieku określonego w umowie ubezpieczenia ¹
☐	części wartości wykupu (dotyczy wyłącznie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym). Proszę o wypłatę:
☐	 złotych
☐	 % środków z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa
☐	dywidendy zgromadzonej na rachunku ubezpieczeniowym (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń na życie i dożycie)

ZAŁĄCZNIKI

1.		2.	
3.		4.	

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

☐	Przelewem do banku	Nazwa banku	Nr rachunku
☐	Przekazem pocztowym na mój adres		

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

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

¹ złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu (wartości polisy) traktowane będzie jako:

- rezygnacja ubezpieczonego z ubezpieczenia grupowego albo jako
- wypowiedzenie indywidualnej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczonego, bez zachowania okresu wypowiedzenia przewidzianego ogólnymi warunkami ubezpieczenia