



## HESTIA RAZEM - ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)	Numer roszczenia
---	------------------

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Imię i nazwisko Ubezpieczonego		PESEL	
Adres zamieszkania Ubezpieczonego		Numer domu	Numer lokalu
Ulica		Kod	
Miejscowość			
Numer certyfikatu			

### II. NAZWA ŚWIADCZEŃ, Z TYTUŁU KTÓRYCH DOKONYWANE JEST ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym
<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	<input type="checkbox"/> osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	

### III. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

Data zgonu (DD:MM:RRRR)
<p>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:</p> <p>1) datę, godzinę i miejsce wypadku, 2) okoliczności wypadku, 3) nazwiska i adresy świadków wypadku.</p>

W razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia.

Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?*	Jeżeli tak, proszę podać adres policji
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

\* Wypełnić w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

### IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYŁĄCZENIE ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU OSIEROCENIA DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO

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?		
Imię i nazwisko każdego z dzieci	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Adres zamieszkania
1.		
2.		
3.		
4.		



EHZ01020763651208

**V. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE**

Imię i nazwisko _____		Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____	
Adres zamieszkania _____		Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym _____	
Preferowany sposób kontaktu (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)	<input type="checkbox"/> e-mail _____	<input type="checkbox"/> pocztą (adres korespondencyjny) _____	<input type="checkbox"/> numer telefonu _____

**VI. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE**

Rodzaj płatności	Przelewem do banku	Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko) _____
Numer rachunku bankowego _____		

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą zgonu Ubezpieczonego.

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.

**VII. PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE**

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

**VIII. ZAŁĄCZNIKI**

1.	_____	2.	_____
3.	_____	4.	_____
5.	_____	6.	_____

**IX. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. 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/i dane osobowe będą przez nas przetwarzane w celu wykonania czynności ubezpieczeniowych, związanych z rozpatrywaniem roszczenia, w sytuacji kiedy został/a Pan/i 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.

