



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

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

Imię i nazwisko uprawnionego do zgłoszenia roszczenia _____	
PESEL lub data urodzenia (w przypadku braku numeru PESEL) _____	Numer polisy lub numer potwierdzenia _____
Obywatelstwo _____	Państwo urodzenia _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____	

ADRES DO KORESPONDENCJI PRZY LIKWIDACJI ROSZCZENIA

Ulica _____	Numer domu _____	Numer lokalu _____
Miejscowość _____	Kod _____	
Adres poczty elektronicznej _____		
<input type="checkbox"/> Wnoszę o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (e-mail) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. <i>Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się możliwości rejestracji roszczenia.</i>		

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? _____	Pieczęć firmowa pracodawcy
Za jaki miesiąc i kiedy została opłacona ostatnia składka za Ubezpieczonego? _____	
Data zatrudnienia Ubezpieczonego w wyżej wymienionym zakładzie pracy (DD:MM:RRRR) _____	

PODPIS PRZEDSTAWICIELA ZAKŁADU PRACY

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

PROSZĘ O WYPŁATĘ (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

<input type="checkbox"/> z tytułu zakończenia okresu ubezpieczenia na skutek dożycia wieku określonego w umowie ubezpieczenia
<input type="checkbox"/> wartości wykupu (wartości polisy) przed dożyciem wieku określonego w umowie ubezpieczenia ¹
<input type="checkbox"/> części wartości wykupu (dotyczy wyłącznie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym). Proszę o wypłatę:
<input type="checkbox"/> _____ złotych <input type="checkbox"/> _____ maksymalnej możliwej kwoty <input type="checkbox"/> _____ % środków z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa
<input type="checkbox"/> dywidendy zgromadzonej na rachunku ubezpieczeniowym (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń na życie i dożycie)

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, z zachowaniem okresu wypowiedzenia przewidzianego ogólnymi warunkami ubezpieczenia

ZAŁĄCZNIKI

1. _____	2. _____
3. _____	4. _____

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> Przelewem do banku	Nazwa banku _____
Numer rachunku _____	
<input type="checkbox"/> 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 _____	Data (DD:MM:RRRR) _____	Podpis _____
-----------------------	-------------------	-------------------------	--------------

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

<p>Administrator danych</p>	<p>Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Numer telefonu: 801 107 107 lub 58 555 55 55</p>
<p>Inspektor ochrony danych</p>	<p>Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.</p>
<p>Dane kontaktowe inspektora ochrony danych</p>	<p>Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Adres email: iod@ergohestia.pl Formularz kontaktowy znajduje się w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl</p>
<p>Cele przetwarzania</p>	<p>Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń - wykonanie umów; ✓ rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań; ✓ reasekuracja ryzyk; ✓ wypełnienie obowiązków instytucji obowiązanej wynikających z ustawy przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, wypełnienie obowiązku wymiany informacji podatkowej ze Stanami Zjednoczonymi wynikającego z ustawy o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (dalej: ustawa FATCA), wypełnienie obowiązków wynikających z ustawy o wymianie informacji podatkowej z innymi państwami (dalej: ustawa CRS); ✓ prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym); <p>W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych i innych informacji opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać Pani/Panu oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb. Na podstawie takiego profilu nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.</p>
<p>Podstawy prawne przetwarzania</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia; ✓ prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym); ✓ wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości, ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, raportowaniu wynikającemu z ustawy FACTA oraz ustawy CRS).
<p>Odbiorcy danych</p>	<p>Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii (m.in. dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacyjne, windykacyjne, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne roszczeń, organizującym lub wykonującym czynności związane z postępowaniem likwidacyjnym roszczeń); ✓ zakładom reasekuracji; ✓ podmiotom wykonującym działalność leczniczą; ✓ innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych.
<p>Prawa związane z przetwarzaniem danych</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania; ✓ prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora danych (np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania); ✓ prawo do przenoszenia danych osobowych (tj. do otrzymania od administratora danych Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora); ✓ prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. <p>W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.</p>
<p>Przekazywanie poza Europejski Obszar Gospodarczy</p>	<p>ERGO Hestia przekaże Pani/Pana dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania łączącej nas umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych osobowych. Może Pani/Pan otrzymać kopię przekazanych danych oraz żądać wskazania miejsca udostępnienia danych. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych.</p>
<p>Inne informacje</p>	<p>Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych (rachunków, faktur) dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, ustawy FACTA, ustawy CRS.</p> <p>Podanie danych osobowych jest konieczne do przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego- wykonania umowy, bez podania danych osobowych nie będzie to możliwe.</p>