



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PIR

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami.

IA. DANE UPRAWNIONEGO I OSOBY ZMARŁEJ – WYPEŁNIA UPRAWNIONY

Imię i nazwisko Uprawnionego					Data urodzenia					
Adres zamieszkania		Ulica		Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość			
Imię i nazwisko osoby zmarłej					Data zgonu					
Przyczyna zgonu										
Stosunek rodziny Uprawnionego do osoby zmarłej										

IB. POTWIERDZENIE DANYCH UPRAWNIONEGO – WYPEŁNIA UBEZPIECZYCIEL

Seria i numer dowodu osobistego Uprawnionego Numer aktu zgonu	Data i podpis Ubezpieczyciela (DD:MM:RRRR)	Data i podpis Uprawnionego (DD:MM:RRRR)
--	---	--

IIA. DANE UBEZPIECZONEGO – WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY

Pieczętka zakładu pracy	Seria i numer polisy	
	Początek okresu ubezpieczenia	
	Suma ubezpieczenia	
Imię i nazwisko Ubezpieczonego		
Data urodzenia	Data zatrudnienia	Data przystąpienia do ubezpieczenia
Data opłacenia ostatniej składki	Miesiąc, za który opłacono ostatnią składkę	

IIB. POTWIERDZENIE DANYCH – WYPEŁNIA UBEZPIECZYCIEL

Data i podpis Ubezpieczyciela (DD:MM:RRRR)	Data i podpis Ubezpieczającego (DD:MM:RRRR)
---	--

III. OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) imię i nazwisko

legitymujący(a) się dowodem osobistym seria i numer oświadczam, co jest mi wiadome:

Miejscowość	(DD:MM:RRRR)	Podpis Upoważnionego
-------------	--------------	----------------------

Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem danych osobowych, które będą przetwarzane w celu likwidacji szkody, wykonania umowy ubezpieczenia, rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań i przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

**OPERAT ŚWIADCZENIOWY NR _____****KWALIFIKACJA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU****I. WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

Imię i nazwisko osoby zmarłej _____	
_____	Suma ubezpieczenia _____

Rodzaj świadczenia	% sumy ubezpieczenia	Kwota świadczenia
RAZEM		

Słownie zł: _____

II. ODMOWA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Imię i nazwisko osoby zmarłej _____

Powód odmowy wypłaty świadczenia: _____ _____ _____ _____ _____
--

Miejscowość	(DD:MM:RRRR) _____	Podpis opracowującego (kwalifikującego)
-------------	--------------------	---

Miejscowość	(DD:MM:RRRR) _____	Podpis sprawdzającego
-------------	--------------------	-----------------------

Miejscowość	(DD:MM:RRRR) _____	Podpis zatwierdzającego
-------------	--------------------	-------------------------