



HESTIA RAZEM - ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

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. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

Nazwa świadczeń, z tytułu których dokonywane jest zgłoszenie roszczenia			
<input type="checkbox"/> zgon małżonka	<input type="checkbox"/> zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	
<input type="checkbox"/> zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> zgon rodzica	<input type="checkbox"/> zgon teścia	<input type="checkbox"/> urodzenie martwego noworodka
<input type="checkbox"/> zgon dziecka	<input type="checkbox"/> inne		
Imię i nazwisko zmarłego			
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)		Data zgonu (DD:MM:RRRR)	

* W przypadku zgłoszenia urodzenia martwego noworodka proszę wpisać datę urodzenia i informacje dotyczące aktu urodzenia posiadającego odpowiednią adnotację.

Proszę określić przyczynę zgonu

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 Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

III. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

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

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą zgonu współubezpieczonego.

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.

IV. PODPIS UBEZPIECZONEGO

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

V. ZAŁĄCZNIKI

1.	2.
3.	4.

VI. 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.

