



# ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA / URODZENIA SIĘ DZIECI WSKUTEK CIĄŻY MNOGIEJ

Nr roszczenia

_____
-------

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA**

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko Ubezpieczonego _____			
PESEL _____		Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____	
Adres zamieszkania Ubezpieczonego _____	Ulica _____	Nr domu _____	Nr lokalu _____
Miejscowość _____			Kod _____-_____ _____
<input type="checkbox"/> e-mail: _____		Nr telefonu _____	
Numer polisy lub potwierdzenia _____		Nazwa i adres Pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie) _____	

**II. RODZAJ PŁATNOŚCI**

<input type="checkbox"/> Przelewem do banku	Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko) _____
Nr rachunku _____	

**III. NAZWA ŚWIADCZENIA, Z TYTUŁU KTÓREGO DOKONYWANE JEST ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA**

<input type="checkbox"/> urodzenie się dziecka	<input type="checkbox"/> urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej
--	---

**IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE URODZONEGO DZIECKA / URODZONYCH DZIECI\***

Imię i nazwisko dziecka _____	Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____
Imię i nazwisko dziecka _____	Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____
Imię i nazwisko dziecka _____	Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____

\*w przypadku urodzenia więcej niż trojga dzieci prosimy o wypełnienie danych na oddzielnym druku zgłoszenia roszczenia

**V. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO**

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą urodzenia dziecka / dzieci.

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.

**VI. PODPIS UBEZPIECZONEGO**

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

**VII. ZAŁĄCZNIKI**

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

**VIII. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA**

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



EHZ01010770751411

ZR007/1411 str. 1/1

Skontaktuj się z nami:  
**www.ergohestia.pl**

801 107 107\*, 58 555 5 555

\*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora