

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO**

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 _____
Miejscowość _____		Nr lokalu _____	
Kod _____		_____	
<input type="checkbox"/> e-mail: _____		Nr telefonu _____	
Numer polisy lub potwierdzenia _____		Nazwa i adres Pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie) _____ _____	

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	<input type="checkbox"/> inne

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

Data zgonu (DD:MM:RRRR) _____
Inne: _____
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: 1) datę, godzinę i miejsce wypadku, 2) okoliczności wypadku, 3) nazwiska i adresy świadków wypadku. _____ _____ _____ _____ _____ _____

(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

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

*wypełnić w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku



EHZ01020770721411

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYŁĄCZNIE 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

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

Imię i nazwisko	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
_____	_____
Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym
<input type="checkbox"/> e-mail: _____	Nr telefonu _____

VI. RODZAJ PŁATNOŚCI

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

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 i 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 29.08.1997r. 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.

