



**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO**

Nr roszczenia

<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>

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. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

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

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

Proszę określić przyczynę zgonu
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>
<div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 2px;"></div>

(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



EHZ01020770731509

IV. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

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.

V. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)	Podpis
..... [][] [][] [][][][]	

VI. ZAŁĄCZNIKI

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

VII. 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/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.



EHZ02020770731509