



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	Podpis Upoważnionego
_____	_____
(DD-MM-RRRR) _____	

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z zawartej umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej inne cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

OS/ZS013/1010 str. 1/2



EHM01020030271010



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
-------------	--------------------	-------------------------



EHM02020030271010