



**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO**

kod: ZR/II/002/1608

1. Data wpłynięcia zgłoszenia do Ubezpieczyciela (DD:MM:RRRR)

2. Nr roszczenia (nadaje Ubezpieczyciel)

|  |  |
|--|--|
| <div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 5px;"></div> | <div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 5px;"></div> |
|--|--|

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA**

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego

4. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)

|  |  |
|--|--|
| <div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 5px;"></div> | <div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 5px;"></div> |
|--|--|

5. Numer polisy ubezpieczeniowej

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO**

|  |                                  |                                       |                                  |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <p>6. Data zgonu (DD:MM:RRRR)</p> <div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 5px;"></div> | <p>7. Wyciąg z aktu zgonu nr</p> | <p>8. Data wystawienia aktu zgonu</p> | <p>9. Wystawiający akt zgonu</p> |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|

10. Inne:

11. 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 razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej karcie i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

12. Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?\*

|                              |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak | Jeżeli tak, proszę podać adres policji<br><div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 5px;"></div> |
|------------------------------|------------------------------|--|

\*wypełnić w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE**

|   |   |
|---|---|
| <p>13. Imię i nazwisko</p> <div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 5px;"></div> | <p>14. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)</p> <div style="border-bottom: 1px dashed red; margin-bottom: 5px;"></div> |
| <p>15. Adres zamieszkania</p>   | <p>16. Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym</p>  |

17. Preferowany sposób kontaktu  
(proszę zaznaczyć jeden właściwy)  
ZR004/1010 str. 1



EHZ01020063041010

kwadrat)

|  |   |                   |
|--|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> e-mail: ..... | <input type="checkbox"/> pocztą:<br>adres korespondencyjny: ..... | Nr telefonu ..... |
|--|---|-------------------|

**Rodzaj płatności**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 18. Przelewem do banku | 19. Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)<br>..... |
| 20. Nr rachunku<br>.....                        |  |

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.

**PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE**

|                          |  |        |
|--------------------------|--|--------|
| Nazwisko i imię<br>..... | Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)<br>..... | Podpis |
|--------------------------|--|--------|

**ZAŁĄCZNIKI**

|         |
|---------|
| 1. .... |
| 2. .... |
| 3. .... |
| 4. .... |
| 5. .... |
| 6. .... |

**PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA**

|                          |  |        |
|--------------------------|--|--------|
| Nazwisko i imię<br>..... | Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)<br>..... | Podpis |
|--------------------------|--|--------|

**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:

- 1) jest administratorem Pana/i danych osobowych, podanych dobrowolnie, 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).
- 2) 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.



EHZ01020063041010