



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

1. Data wpłynięcia zgłoszenia do Ubezpieczyciela (DD:MM:RRRR)	2. Numer roszczenia (nadaje Ubezpieczyciel)
---	---

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego	4. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
5. Numer polisy ubezpieczeniowej	

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

6. Data zgonu (DD:MM:RRRR)	7. Wyciąg z aktu zgonu numer	8. Data wystawienia aktu zgonu	9. Wystawiający akt zgonu
----------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------

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 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.

12. Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?*

<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeżeli tak, proszę podać adres policji
---	--

* Wypełnić w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

13. Imię i nazwisko	14. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)		
15. Adres zamieszkania	16. Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym		
17. Preferowany sposób kontaktu (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)	<input type="checkbox"/> e-mail	<input type="checkbox"/> pocztą (adres korespondencyjny)	<input type="checkbox"/> numer telefonu

18. Rodzaj płatności

<input type="checkbox"/> 19. Przelewem do banku	20. Nazwa banku
---	-----------------

21. Numer rachunku

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą zgonu Ubezpieczonego.



EHZ01020769041403

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.

IV. PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis

V. ZAŁĄCZNIKI

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

VI. PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis

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:

- 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.



EHZ02020769041403