



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA KAPITAŁOWEGO Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM BĄDŹ Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE

Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR) _____	Nr roszczenia _____
--	------------------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE
Imię i nazwisko uprawnionego do zgłoszenia roszczenia

Adres zamieszkania uprawnionego do zgłoszenia roszczenia

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
_____	_____	_____	_____	_____

PESEL _____	Nr polisy lub nr potwierdzenia _____
----------------	---

Przy umowie grupowego ubezpieczenia na życie konieczne jest wypełnienie przez pracodawcę części „Oświadczenie pracodawcy”.
OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Czy do dnia wystąpienia zdarzenia opłacone były wszystkie regularne składki ubezpieczeniowe za Ubezpieczonego: _____	Pieczeń firmowa pracodawcy
Za jaki miesiąc i kiedy została opłacona ostatnia składka za Ubezpieczonego: _____	
Data zatrudnienia Ubezpieczonego w wyżej wymienionym zakładzie pracy: _____	

PODPIS PRZEDSTAWICIELA ZAKŁADU PRACY

Nazwisko i imię _____	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) _____	Podpis _____
--------------------------	--	-----------------

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

Proszę o wypłatę (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

z tytułu zakończenia okresu ubezpieczenia na skutek dożycia wieku określonego w umowie ubezpieczenia

wartości wykupu (wartości polisy) przed dożyciem wieku określonego w umowie ubezpieczenia¹

części wartości wykupu (dotyczy wyłącznie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym). Proszę o wypłatę:

_____ złotych _____ % środków z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa

dywidendy zgromadzonej na rachunku ubezpieczeniowym (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń na życie i dożycie)

ZAŁĄCZNIKI

1.	2.
3.	4.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> Przelewem do banku	Nazwa banku	Nr rachunku
<input type="checkbox"/> Przekazem pocztowym na mój adres		

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 UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię _____	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) _____	Podpis _____
--------------------------	--	-----------------

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

Nazwisko i imię _____	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) _____	Podpis _____
--------------------------	--	-----------------

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.

¹ złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu (wartości polisy) traktowane będzie jako:
- rezygnacja ubezpieczonego z ubezpieczenia grupowego albo jako
- wypowiedzenie indywidualnej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczonego, bez zachowania okresu wypowiedzenia przewidzianego ogólnymi warunkami ubezpieczenia



EHZ01010063021010