ERGO HESTIA

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

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

2. Nr roszczenia

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego

4. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)

5. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)

6. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

7. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)

8. Nazwa świadczeń, z tytułu których dokonywane jest zgłoszenie roszczenia

☐ zgon Ubezpieczonego	☐ zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym
☐ zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	☐ zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
☐ zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	☐ osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego
☐ zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	☐ inne

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

9. Data zgonu (DD:MM:RRRR)	10. Wyciąg z aktu zgonu nr	11. Data wystawienia aktu zgonu	12. Wystawiający akt zgonu

13. Inne:

14. 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)

15. Czy na miejsce zdarzenia była wezwana policja?*

☐ nie	☐ tak	Jeżeli tak, proszę podać adres policji

*wypełnić w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

EHZ01020063041010

Hestia Kontakt 801 107 107*, 58 555 5 555
*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora
www.ergohestia.pl

INFORMACJE DOTYCZĄCE WYŁĄCZNIE ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU OSIEROCENIA DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO

Czy zmarły Ubezpieczony posiadał w chwili zgonu dzieci w wieku do 18 lat, dzieci uczące się w wieku do 25 lat lub dzieci całkowicie niezdolne do pracy na mocy decyzji organu rentowego?

16. Imię i nazwisko każdego z dzieci	17. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	18. Adres zamieszkania
19.	20.	21.
22.	23.	24.

INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

25. Imię i nazwisko	26. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
27. Adres zamieszkania	28. Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym

29. Preferowany sposób kontaktu (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

☐ e-mail:	☐ pocztą: adres korespondencyjny:	Nr telefonu

Rodzaj płatności

☐ 30. Przelewem do banku	31. Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)
32. Nr rachunku	

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	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)	Podpis

ZAŁĄCZNIKI

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

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ROSZCZENIE

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:

1. 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),
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.

EHZ02020063041010

Hestia Kontakt 801 107 107*, 58 555 5 555
*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora
www.ergohestia.pl