



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Data wpłynięcia zgłoszenia	2. Nr roszczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego	4. Data urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Adres zamieszkania Ubezpieczonego
Ulica <input type="text"/> Nr domu <input type="text"/> Nr lokalu <input type="text"/> Kod <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/>

6. Numer polisy (dotyczy indywidualnego ubezpieczenia na życie)	7. Numer potwierdzenia (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie)
<input type="text"/>

INFORMACJE DOTYCZĄCE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

9. Rodzaj doznanego poważnego zachorowania	10. Data wystąpienia lub pierwszego zdiagnozowania poważnego zachorowania
<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Proszę podać krótki opis przebiegu dotychczasowego leczenia, w tym wymienić imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których Pan(i) się leczycy (leczył(a)), a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których Pan(i) się leczycy (leczył(a)).	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

(w razie braku miejsca proszę dalsze informacje podać na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> 12. Przelewem do banku	13. Nazwa banku	14. Nr rachunku
<input type="checkbox"/> 15. Przekazem pocztowym na mój adres	<input type="checkbox"/> 16. W gotówce lub czekiem we wskazanym przez Towarzystwo miejscu	

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą **wystąpienia, zdiagnozowania i leczenia poważnego zachorowania.**

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	Podpis
_____	_____	
_____	_____	

ZAŁĄCZNIKI

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
_____	_____	
_____	_____	

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 k.c., 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.

Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów
Hestia Kontakt 0 801 107 107*
lub **(+58) 555 55 55**

* opłata za połączenie równa jednostce taryfikacyjnej TP SA