



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

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	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Numer potwierdzenia
<input type="text"/>

7. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego
<input type="text"/>

INFORMACJE DOTYCZĄCE URODZONEGO DZIECKA

8. Imię i nazwisko dziecka	9. Data urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10. Wyciąg z aktu urodzenia nr	11. Wystawionego dnia	12. Przez
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> 13. Przelewem do banku	14. Nazwa banku	15. Nr rachunku
<input type="checkbox"/> 16. Przekazem pocztowym na mój adres	<input type="checkbox"/> 17. W gotówce lub czekiem we wskazanym przez Towarzystwo miejscu	

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą urodzenia dziecka.

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ZAŁĄCZNIKI

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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