ERGO HESTIA

Zgłoszenie Roszczenia z Tytułu Zgonu Ubezpieczonego

1. Data wpłynięcia zgłoszenia

2. Nr roszczenia

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego

4. Data urodzenia

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 wskutek nieszczęśliwego wypadku
- ☐ zgon Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego
- ☐ osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego
- ☐ inne:

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

9. Data zgonu

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)

EHŻ/ZR004/0410

Hestia Kontakt 0 801 107 107
opłata za połączenie równa jednostce taryfikacyjnej TP SA
www.hestia.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?

15. Imię i nazwisko każdego z dzieci	16. Data urodzenia	17. Adres zamieszkania
18.	19.	20.
21.	22.	23.

INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

24. Imię i nazwisko	25. Data urodzenia
26. Adres zamieszkania	27. Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym

Rodzaj płatności (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)

☐ 28. Przelewem do banku	29. Nazwa banku	30. Nr rachunku
☐ 31. Przekazem pocztowym na mój adres	☐ 32. W gotówce lub czekiem we wskazanym przez Towarzystwo miejscu	

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	Podpis

ZAŁĄCZNIKI

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

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ROSZCZENIE

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