

SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE ERGO HESTIA SA

(a) zgłoszenie roszczenia

Wypełniony formularz należy wraz z załącznikami przesłać na adres:
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A., Dział Świadczeń, ul. Hestii 1; 81-731 Sopot

A.2. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r.Nr 101, 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, pobranych w związku ze zgłoszeniem niniejszego roszczenia, które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia – rozpatrzenia roszczenia.

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 cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

Data wpłynięcia zgłoszenia

Numer roszczenia

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Rodzaj ubezpieczenia: Ubezpieczenie kredytobiorców kredytów gotówkowych

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

Numer Ubezpieczonego w systemie bankowym

PESEL Ubezpieczonego

<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"/>	<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ubezpieczający

Bank Pocztowy Spółka Akcyjna

Numer umowy kredytu

DATA ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

<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"/>	<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

INFORMACJE O WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA _____

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY MA BYĆ PRZEKAZANE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZNIOWE

<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"/>	<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DANE OSOBY DO KONTAKTU ZE STRONY BANKU

Imię i Nazwisko pracownika Banku

Numer telefonu

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

Data zgonu

Wyciąg z aktu zgonu nr

Wystawionego dnia

Przez

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

Proszę określić przyczynę śmierci 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 razie braku miejsca prosimy dalsze informacje podać na końcu druku lub na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

i)

Adres zamieszkania i numer telefonu Ubezpieczonego bądź adres i nr telefonu osoby zgłaszającej roszczenie

Dokument tożsamości

Rodzaj dokumentu	Seria i numer	Wydany dnia	Wydany przez

(w razie braku miejsca prosimy dalsze informacje podać na końcu druku lub na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

Czy w chwili zdarzenia, które spowodowało zgon Ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu? (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

TAK NIE

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą wypadku i jego następstw.

B.

C. 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.

D.

ZAŁĄCZONO DOKUMENTY (kserokopie wymienionych poniżej dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracownika Banku)

<input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu zgonu	<input type="checkbox"/> karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenie lekarskie określające przyczynę zgonu
<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie stwierdzające rodzaj doznanych obrażeń lub karta informacyjna leczenia szpitalnego	
<input type="checkbox"/> dokumenty wskazujące jednoznacznie na pośrednią i bezpośrednią przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku	
<input type="checkbox"/> prawomocne orzeczenie Prokuratury	
<input type="checkbox"/> umowa kredytu	
<input type="checkbox"/> inne (jakie?):	

PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
-----------------	--------------------	--------

PODPIS PRACOWNIKA BANKU PRZEKAZUJĄCEGO ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA DO UBEZPIECZYCIELA

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Pieczętka imienna i podpis
-----------------	--------------------	----------------------------