ERGO HESTIA

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA / URODZENIA SIĘ DZIECI WSKUTEK CIĄŻY MNOGIEJ

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. Adres zamieszkania Ubezpieczonego

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
			–	

6. Numer potwierdzenia

7. Nazwa i adres pracodawcy Ubezpieczonego

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

☐ e-mail: _____

☐ pocztą: adres korespondencyjny: _____

Nr telefonu _____

9. Nazwa świadczenia, z tytułu którego dokonywane jest zgłoszenie roszczenia

☐ urodzenie się dziecka

☐ urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej

INFORMACJE DOTYCZĄCE URODZONEGO DZIECKA / URODZONYCH DZIECI*

10. Imię i nazwisko dziecka		11. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
12. Wyciąg z aktu urodzenia nr	13. Wystawionego dnia (DD:MM:RRRR)	14. Przez

15. Imię i nazwisko dziecka		16. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
17. Wyciąg z aktu urodzenia nr	18. Wystawionego dnia (DD:MM:RRRR)	19. Przez

*w przypadku urodzenia więcej niż dwojga dzieci prosimy o wypełnienie danych na oddzielnym druku zgłoszenia roszczenia

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności

☐ 20. Przelewem do banku

21. Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)

22. Nr rachunku

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą urodzenia dziecka / dzieci.

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 (DD:MM:RRRR)	Podpis

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

ZAŁĄCZNIKI

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

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.

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