



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

1. Data wpłynięcia zgłoszenia (DD:MM:RRRR)	2. Nr roszczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

3. Imię i nazwisko Ubezpieczonego	4. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
<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"/>

8. Preferowany sposób kontaktu (proszę zaznaczyć jeden właściwy kwadrat)		
<input type="checkbox"/> e-mail: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pocztą: adres korespondencyjny: <input type="text"/>	<input type="text"/> Nr telefonu

9. Nazwa świadczenia, z tytułu którego dokonywane jest zgłoszenie roszczenia	
<input type="checkbox"/> urodzenie się dziecka	<input type="checkbox"/> urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej

INFORMACJE DOTYCZĄCE URODZONEGO DZIECKA / URODZONYCH DZIECI*

10. Imię i nazwisko dziecka		11. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
12. Wyciąg z aktu urodzenia nr	13. Wystawionego dnia (DD:MM:RRRR)	14. Przez
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Imię i nazwisko dziecka		16. Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
17. Wyciąg z aktu urodzenia nr	18. Wystawionego dnia (DD:MM:RRRR)	19. Przez
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Rodzaj płatności	
<input type="checkbox"/> 20. Przelewem do banku	21. Nazwa banku / Właściciel rachunku (imię i nazwisko)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. Nr rachunku	
<input type="text"/>	

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



EHZ01020063071010

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:

- 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).
- 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.

