



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY LUB NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Wypełniony formularz należy wraz z załącznikami przestać na adres:
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA | Biuro Likwidacji Szkód, ul. Hestii 1; 81-731 Sopot

I. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELĄ

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 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 w związku ze zgłoszeniem niniejszego roszczenia, które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Data (DD:MM:RRRR) wpłynięcia zgłoszenia (wypełnia Ergo Hestia)	Numer roszczenia (wypełnia Ergo Hestia)
---	--

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Imię i nazwisko Ubezpieczonego		PESEL Ubezpieczonego	
Adres zamieszkania Ubezpieczonego		Ulica	Numer domu
Miejscowość		Numer lokalu	
Numer telefonu		Kod	
Dokument tożsamości	Rodzaj dokumentu	Seria i numer	Wydany dnia
Ubezpieczający		Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna	
Numer karty kredytowej (kart kredytowych)			

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE UTRATY PRACY

Do zgłoszenia roszczenia należy dołączyć:
1) oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy i świadectwo pracy lub
2) zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości lub odmowie jej ogłoszenia wskutek braku wystarczającego majątku do przeprowadzenia procesu upadłości,
3) zaświadczenie właściwego urzędu potwierdzające zarejestrowanie Ubezpieczonego jako bezrobotnego,
4) każdorazowo przed wypłatą świadczenia miesięcznego - zaświadczenie z właściwego urzędu potwierdzające status bezrobotnego,
5) zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej lub ogłoszenia upadłości.

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

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data zajścia wystąpienia wypadku powodującego trwałe inwalidztwo (DD:MM:RRRR)
Do zgłoszenia roszczenia należy dołączyć dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku i przebiegu leczenia.

V. OŚWIADCZENIE 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.

Jednocześnie na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (tekst jednolity Dz. U. z 2002 roku, nr 72, poz. 665 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przekazanie przez Powszechną Kasę Oszczędności Banki Polski Spółkę Akcyjną, z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, informacji, objętych tajemnicą bankową, w zakresie salda zadłużenia na rachunku karty kredytowej z ostatnich sześciu miesięcy bezpośrednio poprzedzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego oraz salda zadłużenia w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, niezbędnych do ustalenia wysokości świadczenia.

VI. PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
-----------------	-------------	-------------------	--------

VI. PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
-----------------	-------------	-------------------	--------

VII. ZAŁĄCZNIKI

1.	2.
3.	4.