skandia

Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
z siedzibą w Warszawie
ul. Cybernetyki 7, 02-677 Warszawa
Centrala tel.: 0 22 332 10 31, fax: 0 22 332 17 55
Centrum informacyjne tel.: 0 801 888 000
www.skandia.pl

Nr Polisy

Formularz - zgłoszenie zgonu Ubezpieczonego

1. Dane dotyczące osoby zmarłej

Nazwisko | Imię | Nr Pesel

Data urodzenia (D D M M R R R R) | Data zgonu (D D M M R R R R)

Miejsce zgonu: ☐ w szpitalu — Adres szpitala i nazwisko lekarza prowadzącego

☐ w domu ☐ na ulicy ☐ inne (jakie)

Przyczyna zgonu

Nazwisko i adres lekarza leczącego ambulatoryjnie (z kasy chorych, z poradni specjalistycznej, prywatnie, z pogotowia itp.)

Wypełnić w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Okoliczności wypadku

Nazwa i adres prokuratury prowadzącej dochodzenie

2. Dane osoby zgłaszającej zgon

Nazwisko | Imię

Adres do korespondencji

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy (_ _ - _ _ _) | Miejscowość / Poczta | Kraj

Numer telefonu

3. Załączniki

☐ Polisa (lub oświadczenie o zagubieniu lub wskazaniu innej przyczyny niemożności doręczenia Polisy do Ubezpieczyciela)
☐ Odpis skrócony aktu zgonu
☐ Kserokopia karty zgonu
☐ Inne dokumenty (prosimy wymienić jakie)

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych podanych w niniejszym formularzu jak również uzyskanych w związku z procedurą wypłaty świadczenia z Umowy Ubezpieczenia jest Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Cybernetyki 7. Dane będą przetwarzane przez Administratora zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2002 Nr 101, poz. 926 ze zm.) w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową w tym w szczególności w celu ustalenia zasadności wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia, w celach archiwalnych oraz w celach marketingowych produktów własnych Administratora danych.
Dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151 ze zm.) oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach jak również mogą być przekazywane reasekuratorom wykonujących działalność na rzecz Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., w tym za granicę, do krajów dających gwarancję ochrony danych osobowych w zakresie odpowiadającym przepisom obowiązującym na terenie RP.
Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczenia. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgromadzonych przez Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w celach wskazanych powyżej w niniejszym formularzu.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data (D D M M R R R R) | Miejscowość

Podpis osoby zgłaszającej
(zgodny z podpisem znajdującym się w dowodzie tożsamości)

Regon: 016003836; NIP: 951 19 33 418
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000056463.
Wysokość kapitału zakładowego: 46.000.000,00 PLN. Wysokość kapitału wpłaconego: 46.000.000,00 PLN.