

**SKOK**  
UBEZPIECZENIATowarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych  
Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych  
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22  
tel. 058 550 97 30, fax 058 550 97 31  
e-mail: tuw@tuwskok.com.pl www.skok.pl**ZGŁOSZENIE ROSZCZEN  
Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA  
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH  
WYPADKÓW  
PLUS**

Nr roszczenia

Data wpływu  
Do TUW SKOK**DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE** (nie wypełniać, jeżeli zgłaszającym roszczenie jest Ubezpieczony członek SKOK)Nazwisko i imię ..... PESEL .....  
Ulica i numer domu.....  
Kod i miejscowość ..... Telefon kontaktowy .....**DANE UBEZPIECZONEGO**Imię i nazwisko ..... PESEL .....  
Ulica i numer domu.....  
Kod i miejscowość ..... Telefon kontaktowy .....**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO – SKOK**

Nr polisy ..... Suma ubezpieczenia.....

Okres ubezpieczenia od dnia [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ] do dnia [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

Pieczęć i podpis osoby sporządzającej.....

Pieczęć SKOK

**ZGŁASZANE ROSZCZENIE**

- świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku data zgonu [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]
- świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgowego data zgonu [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]
- dzienne świadczenie szpitalne w ilości dni ..... od dnia [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ] do dnia [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]  
(pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku)

**DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Miejsce oraz data wystąpienia wypadku ..... [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń.....  
.....  
.....Czy w momencie powstania zdarzenia ubezpieczony (a) był(a) w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających  TAK  NIE

Czy zdarzenie związane było z uprawianiem przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów

 TAK  NIE

Jeśli TAK to, z jakim rodzajem dyscypliny sportowej.....

Nazwa i adres placówki medycznej, do której przynależy ubezpieczony(a) w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia:

## UPRAWNIONY

Nazwisko i imię .....

PESEL lub data urodzenia .....

Ulica i numer domu.....

Telefon kontaktowy .....

Kod i miejscowość .....

### Dyspozycja wypłaty świadczenia:

przelewem na konto nr .....

Właściciel konta .....

przekazem pocztowym na adres .....

## DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (wypełnia Ubezpieczony)

przelewem na konto nr .....

Właściciel konta .....

przekazem pocztowym na adres .....

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd, Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 §1 kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe.

## PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Miejscowość i data

Podpis

## ZAŁĄCZNIKI (prosimy zaznaczyć właściwy dokument; załączyć oryginał dokumentu lub kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)

własny dokument tożsamości

karta statystyczna do karty zgonu z podaną przyczyną zgonu

dokumentacja niezbędna do zbadania okoliczności  
nieszczęśliwego wypadku i leczenia jego skutków

karta leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający  
wypisanie ze szpitala

skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego

„Na podstawie art. 24 ust. 1 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) informujemy, że TUW SKOK z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22 jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych w oparciu o przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze, które będą przetwarzane w związku z realizacją umowy ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, że służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.”