

**SKOK**  
UBEZPIECZENIATowarzystwo Ubezpieczeń na Życie  
Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych  
Spółka Akcyjna  
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22,  
tel. 058 550 97 28, fax 058 550 97 29,  
e-mail: zycie@tuskokzycie.com.pl www.skok.pl**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA  
Z UBEZPIECZENIA  
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH  
WYPADKÓW I LECZENIA  
SZPITALNEGO**

Nr roszczenia

Data wpływu do  
TU SKOK ŻYCIE SA**DANE UBEZPIECZONEGO**

Imię i nazwisko .....

PESEL

Ulica i numer domu.....

Telefon kontaktowy

Kod i miejscowość .....

**OŚWIADCZENIE UBEZPIEZAJĄCEGO - SKOK**

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

Pieczętka i podpis osoby sporządzającej.....

Pieczęć SKOK

**ZGŁASZANE ROSZCZENIE**

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> całkowite i trwałe inwalidztwo | <input type="checkbox"/> złamania   | <input type="checkbox"/> koszty nabycia protez                     |
| <input type="checkbox"/> częściowe inwalidztwo          | <input type="checkbox"/> poparzenia | <input type="checkbox"/> koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów |

 dzienne świadczenie szpitalne za okres od -- do -- spowodowane: nieszczęśliwym wypadkiem – wypełnić pole: Dane Dotyczące Wypadku chorobą leczoną szpitalnie przed datą wymienioną powyżej, (podać daty poprzednich hospitalizacji z tego samego powodu i dołączyć kserokopię wcześniejszych hospitalizacji)\* ..... chorobą będącą przedmiotem leczenia szpitalnego po raz pierwszy

(\*) Prosimy o wpisanie daty pierwszego leczenia szpitalnego choroby, z tytułu której zgłoszono roszczenie.

**DANE DOTYCZĄCE WYPADKU (wypełnić w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku)**Miejsce, godzina oraz data wystąpienia wypadku ..... --

Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń.....

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej.....

Adres placówki medycznej, w której leczyl się ubezpieczony po wypadku.....

W momencie zajścia zdarzenia ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu lub środków odurzających  TAK  NIEZdarzenie związane było z wyczynowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych  TAK  NIE

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

**OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

Proszę o wypłatę świadczenia:

- 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.

Miejscowość i data

Podpis

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca pobyt ubezpieczonego w szpitalu                       | <input type="checkbox"/> własny dokument tożsamości |
| <input type="checkbox"/> wszelka dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku oraz leczenia jego skutków |   |

„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 TU SKOK ŻYCIE SA 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.”