



Towarzystwo 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
- OPTIMUM -**

**ORAZ DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
- RODZINA -**

**ZGON, ZGON W NASTĘPSTWIE WYPADKU,
OSIEROCENIE DZIECKA**

Nr roszczenia

Data wpływu do
TU SKOK ŻYCIE SA

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	

ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY

<input type="checkbox"/> ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO <input type="checkbox"/> ŚMIERCI MAŁŻONKA/KONKUBENTA UBEZPIECZONEGO <input type="checkbox"/> ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO <input type="checkbox"/> ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO <input type="checkbox"/> ŚMIERCI TEŚCIOWEJ/TEŚCIA UBEZPIECZONEGO Imię i nazwisko zmarłego: Data śmierci: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”</i>) <input type="checkbox"/> samobójstwo <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie choroby (proszę podać, jakiej choroby)
--	---

<input type="checkbox"/> OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO <input type="checkbox"/> URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEGO <input type="checkbox"/> URODZENIA SIĘ MARTWEGO NOWORODKA Imię i nazwisko dziecka..... Data urodzenia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--

(należy wypełnić odrębne zgłoszenie roszczenia dla każdego dziecka)

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (*wypełnić w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku*)

Miejsce, godzina oraz data wystąpienia wypadku	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń.....	
Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej.....	
Adres placówki medycznej, w której leczył się Ubezpieczony po wypadku.....	
Adres Komisariatu Policji lub Prokuratury prowadzącej dochodzenie	
W momencie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Zdarzenie związane było z wyczerpującym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Jeśli TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej.....	

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (nie wypełniać, jeżeli zgłaszającym roszczenie jest Ubezpieczony lub Uposażony)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	

DANE UPOSAŻONEGO - osoba fizyczna

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	NIP
Data urodzenia.....	Seria i numer dowodu osobistego
Miejsce urodzenia	Seria i numer innego dokumentu tożsamości
Obywatelstwo	

DANE UPOSAŻONEGO - osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej

Nazwa wraz z formą organizacyjną	KRS
.....	NIP
Ulica i numer domu.....	
Kod i miejscowość	
Imię i nazwisko osoby/osób reprezentujących	
.....	
PESEL lub data urodzenia osoby/osób reprezentujących	

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

przelewem na konto nr

- - - - - - -

Właściciel konta

przekazem pocztowym na adres

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (wypełnić w przypadku, jeśli właściciel konta jest inną osobą niż uposażony)

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość	NIP
Data urodzenia.....	Seria i numer dowodu osobistego
Miejsce urodzenia	Seria i numer innego dokumentu tożsamości
Obywatelstwo	

PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

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)

- skrócony odpis aktu zgonu
- karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- dokumentacja dotycząca zajścia nieszczęśliwego wypadku
- w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18
- w przypadku urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka - skrócony odpis aktu urodzenia
- dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, małżeństwo, przysposobienie
- dokument tożsamości zgłaszającego roszczenie (dotyczy osób fizycznych)
- dowód osobisty Uposażonego (dotyczy osób fizycznych)
- dodatkowy dokument tożsamości Uposażonego (dotyczy osób fizycznych)
- odpis KRS (dotyczy osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej)

DANE PRZYJMĄCEGO ZGŁOSZENIE

Nr polisy

Suma ubezpieczenia

Imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

.....

Pieczęć Ubezpieczającego

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 z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t. j. Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66), a także w oparciu o przepisy ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1505 ze zm.) oraz wydane na ich podstawie akty wykonawcze, które będą przetwarzane w związku z zawieraniem i realizacją umowy ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, że służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.