



SKOK
UBEZPIECZENIA

Towarzystwo 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 ROSZCZENIA
GRUPOWE UBEZPIECZENIE
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH
WYPADKÓW
ATUT

Nr roszczenia

Data wpływu
do TUW SKOK

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nr polisy Okres ubezpieczenia od dnia -- do dnia --

Suma ubezpieczenia

Pieczętka i podpis osoby sporządzającej.....

Pieczęć Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica i numer domu.....

.....

Kod i miejscowość

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię i nazwisko/nazwa

Adres

ZGŁASZANE ROSZCZENIE

świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku data śmierci --

świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu data śmierci --

świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku data wypadku --

świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- dzienne świadczenie szpitalne w ilości dni od dnia -- do dnia --

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Data wypadku: --

Miejsce 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

Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej po wypadku i gdzie poszkodowany leczony był po wypadku:

.....

ADRESY PLACÓWEK MEDYCZNYCH w których leczony był Ubezpieczony

Nazwa, adres (przychodni, szpitala) :

.....

OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO:**Uprawniony do wysokości zadłużenia Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego (SKOK) na dzień śmierci****Ubezpieczonego – Ubezpieczający****Wysokość zadłużenia Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego na dzień śmierci Ubezpieczonego:****Dyspozycja wypłaty świadczenia:** przelewem na konto nr

[] []	-	[] [] [] []	-	[] [] [] []	-	[] [] [] []	-	[] [] [] []	-	[] [] [] []	-	[] [] [] []
---------	---	-----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	-----------------

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.

.....
pieczęć SKOK.....
czytelny podpis pracownika SKOK**Kwota pozostała po uregulowaniu zobowiązań wobec Ubezpieczającego:****Uprawniony do wysokości kwoty pozostałej po wypłacie części należnej Ubezpieczającemu:**

Nazwisko i imię PESEL / data urodzenia

Adres

Dyspozycja wypłaty 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.

.....
czytelny podpis uprawnionego**DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU 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.

.....
czytelny podpis Ubezpieczonego**CZYTELNY PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

Miejscowość i data

Podpis

ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć wymienione dokumenty w formie oryginału lub uwierzytelnionej kserokopii)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> w przypadku śmierci Ubezpieczonego - skrócony odpis aktu zgonu, kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu | <input type="checkbox"/> w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu - karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego |
| <input type="checkbox"/> w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu - dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu | <input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> w przypadku całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy - dokumentacja medyczna stwierdzająca całkowitą trwałą niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> własny dokument tożsamości (nie dotyczy 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 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.