



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

Nr roszczenia

Data wpływu
Do TUW SKOK

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nr polisy

Okres ubezpieczenia od dnia -- do dnia --

Pieczętka i podpis osoby sporządzającej

Pieczęć Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica i numer domu

Telefon kontaktowy

Kod i miejscowość

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica i numer domu

Telefon kontaktowy

Kod i miejscowość

ZGŁASZANE ROSZCZENIE

- świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku data śmierci --
- świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu data wypadku --
- świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu data śmierci --
- 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 leczył się Ubezpieczony

Nazwa, adres (przychodni, szpitala) :

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

 przelewem na konto nr

□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

Właściciel konta

 przekazem pocztowym na adres**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 załączyć wymienione dokumenty w formie oryginału lub uwierzytelnionej kserokopii)

w przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego:	w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
<input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj dozanego uszczerbku na zdrowiu <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji - na piśmie wniosek Towarzystwa <input type="checkbox"/> dokument tożsamości Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu zgonu <input type="checkbox"/> karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu <input type="checkbox"/> dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie
w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu:	w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu:
<input type="checkbox"/> dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj dozanego uszczerbku na zdrowiu <input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego <input type="checkbox"/> dokument tożsamości Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu <input type="checkbox"/> skrócony odpis aktu zgonu <input type="checkbox"/> karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu <input type="checkbox"/> dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie

„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.