



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 -
INDYWIDUALNA KONTYNUACJA

Nr roszczenia

Data wpływu do
TU SKOK ŻYCIE SA

DANE UBEZPIECZONEGO

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

DANE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

Data śmierci: - -

Przyczyna śmierci: samobójstwo śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku inna (wpisać jaka)

.....

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (nie wypełniać, jeżeli zgłaszającym roszczenie jest 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
.....	
Ulica i numer domu	NIP
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
 dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, przysposobienie, małżeństwo
 dowód osobisty 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 PRZYJMUJĄCEGO ZGŁOSZENIE

Numer polisy	Suma ubezpieczenia
Imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	
Miejscowość, data	

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.