



**OŚWIADCZENIE O UPOŚLEDZENIU CZYNNOŚCI NARZĄDU**

Czy przed zajściem zdarzenia stwierdzone były u Ubezpieczonego upośledzenia czynności narządu, którego dotyczy roszczenie?  TAK  NIE

Jeśli „TAK”, to jakie i w jakim stopniu \_\_\_\_\_

**ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć wymienione dokumenty w formie oryginału lub uwierzytelnionej kserokopii)****uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w NW**

- Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku i leczenia jego skutków  
 Orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji  
 Własny dokument tożsamości

**3. POBYT W SZPITALU / POWAŻNE ZACHOROWANIE / CHOROBA ŚMIERTELNA / OPERACJA MEDYCZNA****ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY**

- UBEZPIECZONEGO  MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

- pobyt w szpitalu w następstwie NW** w okresie od  D D M M R R R R  do  D D M M R R R R   
 Prosimy wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- poważne zachorowanie Ubezpieczonego**

Data zachorowania  D D M M R R R R  \_\_\_\_\_  
 Nazwa choroby \_\_\_\_\_

Czy powyższe poważne zachorowanie wystąpiło po raz pierwszy  TAK  NIE

Jeżeli „NIE”, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę  D D M M R R R R

- choroba śmiertelna Ubezpieczonego**

Data zachorowania  D D M M R R R R  \_\_\_\_\_  
 Nazwa choroby \_\_\_\_\_

Czy powyższa choroba śmiertelna wystąpiła po raz pierwszy  TAK  NIE

Jeżeli „NIE”, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę  D D M M R R R R

- operacja medyczna Ubezpieczonego w następstwie NW**

Data operacji  D D M M R R R R  \_\_\_\_\_  
 Wpisać rodzaj operacji medycznej \_\_\_\_\_

Prosimy wypełnić pole DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

**ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć wymienione dokumenty w formie oryginału lub uwierzytelnionej kserokopii)****pobyt w szpitalu w następstwie NW**

- Karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego  
 Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku oraz leczenia jego skutków  
 Dokumenty stwierdzające zawarcie małżeństwa  
 W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia  
 Własny dokument tożsamości

**poważne zachorowanie Ubezpieczonego**

- Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania  
 Własny dokument tożsamości

**choroba śmiertelna Ubezpieczonego**

- Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby śmiertelnej, rozpoznanie potwierdzone przez dwóch lekarzy specjalistów  
 Własny dokument tożsamości

**operacja medyczna Ubezpieczonego w następstwie NW**

- Dokumentacja medyczna dotycząca przeprowadzonej operacji medycznej, w tym karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji  
 Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku  
 Własny dokument tożsamości

**4. URODZENIE DZIECKA****ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY**

- urodzenie się dziecka Ubezpieczonego  urodzenie się martwego noworodka  
 urodzenie się dzieci Ubezpieczonego wskutek ciąży mnogiej



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

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu/Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

Kod \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

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

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu/Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

Kod \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

DD MM RR RR RR \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NIP \_\_\_\_\_ Seria i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_ Seria i numer innego dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Proszę o wypłatę świadczenia:

przelewem na konto nr \_\_\_\_\_

Właściciel konta

przekazem pocztowym na adres:

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu/Nr mieszkania \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ DD MM RR RR RR \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Czytelny podpis \_\_\_\_\_

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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22 jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych w oparciu o przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a także w oparciu o przepisy ustawy z dnia 16.11.2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (tj. Dz.U. z 2010 r. Nr 46, poz. 276 ze zm.) 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.