

poważne zachorowanie

Nazwa choroby _____

Data zachorowania **wariant podstawowy (I)** **wariant rozszerzony (II)**Czy powyższe poważne zachorowanie wystąpiło po raz pierwszy TAK NIEJeżeli NIE, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę **choroba śmiertelna**

Nazwa choroby _____

data zachorowania Czy powyższa choroba śmiertelna wystąpiła po raz pierwszy TAK NIEJeżeli NIE, prosimy podać datę pierwszego zachorowania na powyższą chorobę **operacja medyczna**

Wpisać rodzaj operacji medycznej _____

data operacji Czy powyższa operacja medyczna była konsekwencją choroby, której rozpoznanie miało miejsce po raz pierwszy TAK NIEJeżeli NIE, prosimy podać datę pierwszego rozpoznania choroby Czy powyższa operacja medyczna była bezpośrednią konsekwencją obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku TAK NIE
Jeżeli TAK, należy wypełnić pole: DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (wypełnić w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku)**

Miejsce, godzina oraz data wystąpienia wypadku _____

Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń _____

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej _____

Adres placówki medycznej, w której leczyl się Ubezpieczony po wypadku _____

Adres Komisariatu Policji lub Prokuratury prowadzącej dochodzenie _____

W momencie zajścia zdarzenia Ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu lub środków odurzających TAK NIEZdarzenie związane było z wyczynowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych TAK NIE

Jeśli TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej: _____

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO / ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

 przelewem na konto nr - - - - - -

Właściciel konta _____

 przekazem pocztowym na adres:Ulica _____ Nr domu/Nr mieszkania / Kod pocztowy Miejscowość _____

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 _____ Data Czytelny podpis _____

ZAŁĄCZNIKI (prosimy zaznaczyć właściwe roszczenie oraz załączyć wymienione dokumenty w formie oryginału lub uwierzytelnionej kserokopii)**pobyt w szpitalu**

- Karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego
- Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku oraz leczenia jego skutków
- Dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku przy pracy (załączyć w przypadku nieszczęśliwego wypadku przy pracy)
- Dokumenty potwierdzające zajście wypadku komunikacyjnego (załączyć w przypadku wypadku komunikacyjnego)
- Dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa
- W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia
- Własny dokument tożsamości
- Karta wypisowa z OIOM/OIT (załączyć w przypadku pobytu na OIOM/OIT)
- Kopia skierowania do sanatorium, wydanego przez szpital lub lekarza prowadzącego, oraz karta informacyjna pobytu w sanatorium (załączyć w przypadku pobytu w sanatorium)
- Zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital (załączyć w przypadku rekonwalescencji)

poważne zachorowanie

- Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania
- Zaświadczenie od lekarza o całkowitym braku możliwości wykonywania określonych czynności życiowych (załączyć w przypadku zgłaszania roszczenia z wariantu rozszerzonego)
- Dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa
- W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia
- Własny dokument tożsamości

choroba śmiertelna

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

operacja medyczna

- Dokumentacja medyczna dotycząca przeprowadzonej operacji medycznej, w tym karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji
- Dokumentacja dotycząca choroby oraz jej leczenia
- Dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku
- Dokumenty stwierdzające zawarcie małżeństwa (załączyć w przypadku operacji współmałżonka)
- W przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia
- Własny dokument tożsamości

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 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.