



ZGzg/1-18-0/1/SU

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z UBEZPIECZENIA VERTUS ZGON, ZGON W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, OSIEROCENIE DZIECKA

Nr roszczenia

 / /
Data wpływu do Towarzystwa

DANE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO LUB DODATKOWEGO

UBEZPIECZONY GŁÓWNY WSPÓŁMAŁŻONEK UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO PEŁNOLETNIE DZIECKO UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Dokładny adres: Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod

Miejscowość

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nr polisy

Suma ubezpieczenia

Data powstania stosunku prawnego pomiędzy Ubezpieczonym głównym a Ubezpieczającym

 / /

Imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

Pieczęć Ubezpieczającego

ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku
(<i>należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”</i>) |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy
(<i>należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”</i>) |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego
(<i>należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”</i>) |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego w pracy
(<i>należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”</i>) |
| <input type="checkbox"/> ŚMIERCI TEŚCIOWEJ/TEŚCIA UBEZPIECZONEGO | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie zawału serca lub udaru mózgu |
| | <input type="checkbox"/> samobójstwo |
| | <input type="checkbox"/> śmierć w następstwie choroby |

Imię i nazwisko zmarłego

Data śmierci: / /

(proszę podać, jakiej choroby)

OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ DRUGIEGO RODZICA

Imię i nazwisko dziecka (*należy wypełnić odrębne zgłoszenie roszczenia dla każdego dziecka*)

 / /
Data urodzenia

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 leczył się Ubezpieczony po wypadku

Adres Komisariatu Policji lub Prokuratury prowadzącej dochodzenie

W momencie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających

TAK NIE

Zdarzenie związane było z wyczynowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych

TAK NIE

Jeśli TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej: _____

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 UPOSAŻONEGO – osoba fizyczna (wypełnić tylko w przypadku zgonu Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Telefon kontaktowy

Kod

Miejscowość

DD MM RRRR
Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

NIP

Seria i numer dowodu osobistego

Seria i numer innego dokumentu tożsamości

DANE UPOSAŻONEGO – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej (wypełnić tylko w przypadku zgonu Ubezpieczonego)

Nazwa wraz z formą organizacyjną

KRS

Ulica

Nr domu/Nr domu

NIP

Kod

Miejscowość

Imię i nazwisko osoby/osób reprezentujących

PESEL

lub DD MM RRRR
data urodzenia osoby/osób reprezentujących

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

przelewem na konto nr _____

Właściciel konta

przekazem pocztowym na adres:

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

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 RRRR
Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

NIP

Seria i numer dowodu osobistego

Seria i numer innego dokumentu tożsamości

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.

D	D	M	M	R	R	R	R
Data							

Miejscowość Data Czytelny podpis

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

- Skrócony odpis aktu zgonu
- Karta statystyczna do karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu (załączyć tylko w przypadku zgonu Ubezpieczonego)
- Dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku
- 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 potwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, 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

Osierocenie dziecka

- Skrócony odpis aktu zgonu
- Skrócony odpis aktu zgonu drugiego rodzica
- Karta statystyczna do karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- Dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- Dokumenty potwierdzające pokrewieństwo lub przysposobienie
- Dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18
- Własny dokument tożsamości

Na podstawie art. 24 ust.1 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. 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 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.