



SZmp/067/3/SU

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE

REFUNDACJA KOSZTÓW BADAŃ MEDYCZYNY PRACY POZA SIECIĄ PARTNERÓW MEDYCZNYCH

Nr roszczenia

D D M M R R R R R

Data wpływu do Towarzystwa

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (PRACODAWCY)

Nazwa _____ Telefon kontaktowy _____
Ulica _____ Nr domu/Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko _____ PESEL _____
Adres do korespondencji: Ulica _____ Nr domu/Nr mieszkania _____ Telefon kontaktowy _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

DANE DOTYCZĄCE ROSZCZENIA - refundacja kosztów usług medycznych z zakresu medycyny pracy

Data wizyty/badania: D D M M R R R R R Data wizyty/badania: D D M M R R R R R

DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Proszę o wypłatę świadczenia na niżej podany numer konta pracodawcy:

_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____

Właściciel konta (pracodawca)

PODPIS UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd Towarzystwo, 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 załączyć dokumenty)

- rachunek / faktura VAT za usługę medyczną z zakresu medycyny pracy, wystawiony na pracodawcę
- skierowanie na badania, wystawione przez Ubezpieczającego (pracodawcę)
- przedłożyć dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie

Na podstawie art. 24 ust. 1 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922) informujemy, że Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22 jest administratorem Pani/Pana danych osobowych, pobranych w oparciu o przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze, które będą przetwarzane w związku z realizacją umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Dane osobowe będą udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Informujemy, że służy Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Wypełniony formularz wraz z załącznikami prosimy wysłać na poniższy adres:
Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych
Zespół Likwidacji Szkód
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22