



## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE

### REFUNDACJA KOSZTÓW KONSULTACJI LEKARSKIEJ POZA SIECIĄ PARTNERÓW MEDYCZNYCH

Nr roszczenia

  D  D     M  M     R  R  R  R    
Data wpływu do Towarzystwa

#### DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Dane Ubezpieczającego

Wariant ubezpieczenia

ŻÓŁTY

ZIELONY

NIEBIESKI

CZERWONY

#### DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres do korespondencji: Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Telefon kontaktowy

Kod pocztowy

Miejscowość

#### DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO ROSZCZENIA - refundacja kosztów konsultacji lekarskiej

Data konsultacji lekarskiej:

  D  D     M  M     R  R  R  R  

Rodzaj konsultacji lekarskiej:

#### DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (wypełnić, jeżeli zgłaszającym nie jest Ubezpieczony)

Imię i nazwisko

Adres do korespondencji: ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Telefon kontaktowy

Kod pocztowy

Miejscowość

#### OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia na niżej podany numer konta:

   -    -    -    -    -   

Nazwa banku

Właściciel konta

Przekaz pocztowy na adres

Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji dotyczącej przekazywania informacji oraz dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia niniejszego zgłoszenia roszczenia za pośrednictwem niżej wskazanego adresu e-mail:

TAK

NIE

Adres e-mail

#### PODPIS UBEZPIECZONEGO/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

  D  D     M  M     R  R  R  R    
Data

Czytelny podpis

#### ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć dokument)

faktura lub rachunek wystawione na rzecz Ubezpieczonego za konsultację lekarską

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