



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU

Nr roszczenia

D D M M R R R R R

Data wpływu do Towarzystwa

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Dane Ubezpieczającego

Wariant ubezpieczenia

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 – świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu

Okres pobytu w szpitalu: od D D M M R R R R R do D D M M R R R R R

Przyczyna pobytu w szpitalu:

 nieszczęśliwy wypadek (należy podać datę wypadku) D D M M R R R R R choroba leczona przed datą wymienioną powyżej (należy podać datę zdiagnozowania choroby) D D M M R R R R R choroba będąca przedmiotem leczenia po raz pierwszy

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

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)

 karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego 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