



Nazwisko i adres lekarza udzielającego pomocy

Nazwa i adres szpitala / kliniki, z którego Ubezpieczony(a) korzystał(a) wskutek choroby / wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową

Czy Ubezpieczony(a) otrzymał(a) środki pieniężne na pokrycie poniesionych kosztów leczenia z innego źródła?

TAK

NIE

Jeśli TAK, proszę podać informacje o kwocie wypłaty, przez kogo została wypłacona, jeśli przez innego Ubezpieczyciela proszę podać nr polisy

### WYKAZ PONIESIONYCH KOSZTÓW LECZENIA

Data	Opis kosztu	Kwota w lokalnej walucie	Kto opłacił rachunek

### 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

### OŚWIADCZENIE I PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a konsekwencji wprowadzenia w błąd Towarzystwa, 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 załączany dokument; oryginał dokumentu lub kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)

- dokumentacja medyczna, stwierdzająca rozpoznanie (diagnoza lekarska), uzasadniającą konieczność leczenia
- dokumentacja kosztów leczenia lub transportu medycznego
- 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 Pana/i 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 Panu/i 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**