

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Nr roszczenia

 / /
Data wpływu do SALTUS TUW

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

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

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Nr polisy

Suma ubezpieczenia kosztów leczenia

Wnioskowany okres ubezpieczenia: od / do /

ZGŁASZANE ROSZCZENIE

zwrot kosztów leczenia w następstwie choroby

zwrot kosztów leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Zgłaszane roszczenie dotyczy:

zwrotu kosztów hospitalizacji

zwrotu kosztów leczenia ambulatoryjnego

zwrotu kosztów związanych z przedwczesnym porodem, który nastąpił nie później niż w 32 tygodniu ciąży

zwrotu kosztów leczenia stomatologicznego

zwrotu kosztów transportu z miejsca wypadku do najbliższej placówki zdrowia

zwrotu kosztów transportu do placówki służby zdrowia w RP

zwrotu innych kosztów leczenia lub kosztów transportu

(wpisać jakich: np. koszty konsultacji medycznej, koszty lekarstw i środków opatrunkowych)

Okres leczenia: od / do /

DANE DOTYCZĄCE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

Miejsce wystąpienia zdarzenia powodującego konieczność poniesienia kosztów leczenia _____
Data

Przyczyna zdarzenia, okoliczności, opis objawów choroby lub doznanych obrażeń _____

Czy w momencie powstania zdarzenia Ubezpieczony(a) był(a) w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających? TAK NIE

Czy Ubezpieczony(a) kontaktował(a) się z Centrum Pomocy? TAK NIE

Czy Ubezpieczony(a) cierpiał(a) na taką samą chorobę w przeszłości? TAK NIE

Nazwisko i adres lekarza udzielającego pomocy: _____

Nazwisko 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
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	_____	_____	_____
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	_____	_____	_____
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	_____	_____	_____
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	_____	_____	_____
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	_____	_____	_____

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

przelewem na konto nr: _____

Właściciel konta: _____

przekazem pocztowym na adres: _____

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 _____
Miejscowość Data Czytelny podpis

ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć dokumenty)

- dokumentacja medyczna, stwierdzająca rozpoznanie (diagnoza lekarska), uzasadniającą konieczność leczenia
- dokumentacja kosztów leczenia lub transportu medycznego
- 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 SALTUS TUW 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 i ich poprawiania.