

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Nr roszczenia

Data wpływu do SALTUS TU ŻYCIE SA

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

 /
Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (nie wypełniać, jeżeli zgłaszającym roszczenie jest Uposażony)

Imię i nazwisko/nazwa pożyczkodawcy

Adres:

Ulica

 /
Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy/e-mail

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nr polisy

Suma ubezpieczenia

Pieczętka i podpis osoby sporządzającej

Pieczęć Ubezpieczającego

ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY

uszkodzenie ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku

UBEZPIECZONEGO

MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

w okresie od do

UBEZPIECZONEGO

MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Biuro Obsługi Klienta – szkody i roszczenia: +48 58 770 36 36

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘLIWEGO WYPADKU

Miejsce, godzina oraz data wystąpienia wypadku _____ D D M M R R R R

Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń _____

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej _____

Adres placówki medycznej, w której leczył się ubezpieczony po wypadku _____

Adres Komisariatu Policji lub Prokuratury prowadzącej dochodzenie _____

W momencie zajścia zdarzenia ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu lub środków odurzających TAK NIE

Zdarzenie związane było z wyczynowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych TAK NIE

Jeśli TAK to, z jakim rodzajem dyscypliny sportowej _____

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO / ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

przelewem na konto _____

Właściciel konta

przekazem pocztowym na adres (w przypadku kiedy właścicielem konta jest inna osoba niż Ubezpieczony - należy podać adres):

_____ D D / M M R R R R _____
Ulica Nr domu/Nr mieszkania Kod pocztowy Miejscowość

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 Podpis

ZAŁĄCZNIKI (prosimy zaznaczyć właściwy dokument)

- dokumentacja dotycząca zajścia nieszczęśliwego wypadku oraz leczenia jego skutków karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydana przez lekarza prowadzącego
- dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj doznanego uszkodzenia ciała przedłożyć własny dokument tożsamości
- orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t. Dz.U. z 2016 r., poz. 922) informujemy, że Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SALTUS Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, 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.

Biuro Obsługi Klienta – szkody i roszczenia: +48 58 770 36 36