SALTUS UBEZPIECZENIA

Nr roszczenia

D D M M R R R R
Data wpływu do SALTUS TUW

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (nie wypełniać jeśli zgłaszającym roszczenie jest Ubezpieczony)

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Nr polisy

Okres ubezpieczenia: od D D M M R R R R do D D M M R R R R

ZGŁASZANE ROSZCZENIE

☐ trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku — data wypadku D D M M R R R R

☐ trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku — data wypadku D D M M R R R R

☐ śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku — data wypadku D D M M R R R R

data śmierci D D M M R R R R

☐ śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym — data wypadku D D M M R R R R

data śmierci D D M M R R R R

☐ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

w ilości dni _____ od D D M M R R R R do D D M M R R R R

☐ całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy — data wypadku D D M M R R R R

data stwierdzenia niezdolności D D M M R R R R

☐ śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu — data śmierci D D M M R R R R

data rozpoznania D D M M R R R R

☐ odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym:

☐ szkoda w mieniu ☐ szkoda na osobie — data zdarzenia D D M M R R R R

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22, tel.: 801 888 666, fax: 58 550 97 31, e-mail: info@saltus.pl, www.saltus.pl
SALTUS TUW zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku,
VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747
Zarząd SALTUS TUW: Grzegorz Buczkowski, Krzysztof Kosznik, Robert Łoś; kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

D D M M R R R R
Data wypadku

G G : M M
Godzina

Miejsce wypadku

Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń

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

Czy zdarzenie związane było z amatorskim uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej

Czy zdarzenie związane było z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach sportowych? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to z jakim rodzajem dyscypliny sportowej

Czy zdarzenie związane było z wykonywaniem pracy zarobkowej? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, proszę podać wykonywany zawód Ubezpieczonego

Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej po wypadku i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku?:

OKOLICZNOŚCI POWSTANIA SZKODY – dotyczy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym

DANE UPOSAŻONEGO - osoba fizyczna

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22, tel.: 801 888 666, fax: 58 550 97 31, e-mail: info@saltus.pl, www.saltus.pl
SALTUS TUW zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku,
VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747
Zarząd SALTUS TUW: Grzegorz Buczkowski, Krzysztof Kosznik, Robert Łoś; kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł

DANE UPOSAŻONEGO - osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej

Nazwa wraz z formą organizacyjną

KRS

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

NIP

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.

Miejscowość

Data D D M M R R R R

Czytelny podpis

ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć dokumenty)

w przypadku trwałego inwalidztwa/uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego:

- ☐ dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- ☐ dokumentacja medyczna potwierdzająca rodzaj inwalidztwa / rodzaj doznanego uszczerbku na zdrowiu
- ☐ orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji - na pisemny wniosek Towarzystwa
- ☐ przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego

w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- ☐ dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- ☐ skrócony odpis aktu zgonu
- ☐ karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- ☐ przedłożyć dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie

w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym:

- ☐ dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- ☐ skrócony odpis aktu zgonu
- ☐ karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- ☐ przedłożyć dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie

w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- ☐ dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- ☐ karta informacyjna leczenia szpitalnego lub karta wypisowa ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego
- ☐ przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego

w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- ☐ dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- ☐ orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy, dla celów rentowych ZUS lub KRUS
- ☐ przedłożyć dokument tożsamości Ubezpieczonego

w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu:

- ☐ dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu
- ☐ skrócony odpis aktu zgonu
- ☐ karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- ☐ przedłożyć dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie

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 SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych 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.

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22, tel.: 801 888 666, fax: 58 550 97 31, e-mail: info@saltus.pl, www.saltus.pl
SALTUS TUW zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku,
VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747
Zarząd SALTUS TUW: Grzegorz Buczkowski, Krzysztof Kosznik, Robert Łoś; kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł