

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

Telefon kontaktowy

e-mail

ZGŁASZANE ROSZCZENIE DOTYCZY

- | | |
|--|--|
| ☐ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO | ☐ śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku
(należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”) |
| ☐ ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO | ☐ śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego
(należy wypełnić pole „Dane dotyczące nieszczęśliwego wypadku”) |
| ☐ ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO | ☐ śmierć w następstwie zawału serca lub udaru mózgu |
| ☐ ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO | ☐ samobójstwo |
| ☐ ŚMIERCI TEŚCIOWEJ/TEŚCIA UBEZPIECZONEGO | ☐ zgon w następstwie choroby (proszę podać, jakiej) _____ |

Imię i nazwisko zmarłego

Data śmierci

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO | ☐ URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEGO | ☐ URODZENIA SIĘ MARTWEGO NOWORODKA |
|---|---|---|

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

(należy wypełnić odrębne zgłoszenie roszczenia dla każdego dziecka)

DANE DOTYCZĄCE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (wypełnić w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku)

Miejsce, godzina oraz data wystąpienia wypadku _____

Przyczyna wypadku, okoliczności i rodzaj doznanych obrażeń _____

Kto i gdzie udzielił pierwszej pomocy lekarskiej _____

Adres placówki medycznej, w której leczyl 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 _____

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

ZG1/1-13-0/6

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

PESEL

Miejscowość

e-mail

DANE UPOSAŻONEGO - osoba fizyczna

PESEL

Miejscowość

D D M M R R R R
Data urodzenia

Seria i numer innego dokumentu tożsamości

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

Nazwa wraz z formą organizacyjną

KRS

Miejscowość

PESEL lub data urodzenia osoby/osób reprezentujących

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO / ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia:

[illegible]

Właściciel konta

☐ przekazem pocztowym na adres:

Miejscowość

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (wypełnić w przypadku, jeśli właściciel konta jest inną osobą niż Uposażony)

PESEL

Miejscowość

D D M M R R R R
Data urodzenia

Seria i numer innego dokumentu tożsamości

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

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22, tel.: 801 888 666, fax: 58 550 97 29, e-mail: kontakt@saltus.pl, www.saltus.pl
SALTUS TU ŻYCIE SA zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku,
VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sadowego, KRS: 0000014478, NIP: 525-21-50-753, REGON: 016228050
Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA: Robert Łoś, Grzegorz Buczkowski, Krzysztof Kosznic; kapitał zakładowy: 21 030 000,00 zł wpłacony w całości.

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE OPTIMUM MAX
ZGON, ZGON W NASTĘPSTWIE WYPADKU, OSIEROCENIE DZIECKA, URODZENIE SIĘ DZIECKA
ZG1/1-13-0/6

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 _____ Podpis _____

ZAŁĄCZNIKI (prosimy zaznaczyć właściwy dokument)

- | | |
|---|---|
| ☐ skrócony odpis aktu zgonu | ☐ dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, małżeństwo, przysposobienie |
| ☐ karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu (dotyczy tylko Ubezpieczonego) | ☐ przedłożyć dokument tożsamości zgłaszającego roszczenie (dotyczy osób fizycznych) |
| ☐ dokumentacja potwierdzająca zajście wypadku komunikacyjnego | ☐ przedłożyć dowód osobisty uposażonego (dotyczy osób fizycznych) |
| ☐ dokumentacja dotycząca zajścia nieszczęśliwego wypadku oraz leczenia jego skutków | ☐ przedłożyć dodatkowy dokument tożsamości uposażonego (dotyczy osób fizycznych) |
| ☐ w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18 | ☐ odpis KRS (dotyczy osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej) |
| ☐ w przypadku urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka - skrócony odpis aktu urodzenia | |

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 na Życie 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.

DANE PRZYJMUJĄCEGO ZGŁOSZENIE

Nr polisy _____ Suma ubezpieczenia _____

Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie _____

Miejscowość _____ Data D D M M R R R R _____ Pieczęć Ubezpieczającego _____

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