

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 następstw nieszczęśliwych wypadków

Wnioskowany okres ubezpieczenia: od do

ZGŁASZANE ROSZCZENIE

świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

data śmierci

Miejsce oraz data wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

Przyczyna i okoliczności wypadku, rodzaj 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) otrzymał(a) świadczenia z tytułu poniesionego uszczerbku lub śmierci innego źródła?

TAK NIE

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

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

OSOBA UPRAWNIONA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Ulica

Nr domu/Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

OŚWIADCZENIE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

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

Czytelny podpis

ZAŁĄCZNIKI (prosimy załączyć dokumenty)

w przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego:

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

w przypadku śmierci Ubezpieczonego:

- dokumentacja potwierdzająca zajście nieszczęśliwego wypadku
- uwierzytelniony przez polską placówkę dyplomatyczną skrócony odpis aktu zgonu
- karta zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny 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 29.08.1997 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 oraz ich poprawiania.

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

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