



SKOK
UBEZPIECZENIA

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22
tel. 058 550 97 30, fax 058 550 97 31
e-mail: tuw@tuwskok.com.pl www.skok.pl

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z UBEZPIECZEŃ PODRÓŻNYCH**

**KOSZTY LECZENIA I TRANSPORTU
MEDYCZNEGO**

Nr roszczenia

Data wpływu
do TUW SKOK

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość

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

Imię i nazwisko	PESEL
Ulica i numer domu.....	Telefon kontaktowy
Kod i miejscowość

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Nr polisy Suma ubezpieczenia kosztów leczenia zł

Okres trwania imprezy turystycznej: od dnia -- do dnia --

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 leków i środków opatrunkowych)

Okres leczenia: od dnia -- do dnia --

DANE DOTYCZĄCE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

Miejsce oraz data wystąpienia zdarzenia powodującego konieczność poniesienia kosztów leczenia

..... --

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
.....
.....
.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Proszę o wypłatę świadczenia na niżej podany numer konta:

- - - - - - -

Właściciel konta.....

Przekaz pocztowy na adres

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.

PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Miejscowość i data	Podpis
--------------------	--------

ZAŁĄCZNIKI (prosimy zaznaczyć właściwy dokument; załączyć oryginał dokumentu lub kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)

- dokumentacja medyczna, stwierdzająca rozpoznanie (diagnoza lekarska), uzasadniająca konieczność leczenia
- dokumentacja kosztów leczenia lub transportu medycznego
- dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie

„Na podstawie art. 24 ust. 1 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) informujemy, że TUW SKOK z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22 jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych w oparciu o przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze, które będą przetwarzane w związku z realizacją umowy ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, że służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.”