



# POWSZECHNY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPÓŁKA AKCYJNA

## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

z grupowego ubezpieczenia dla posiadaczy i użytkowników kart obciążeniowych PKO VISA Classic wydawanych przez PKO BP SA

### Nazwa Ubezpieczającego:

### Dane Ubezpieczonego (Posiadacza karty)

Imię i nazwisko/nazwa .....

Data urodzenia       PESEL

-     .....  
(adres zameldowania, siedziba)

-     .....  
(adres do korespondencji)

Telefon .....; fax .....; e-mail .....

Nr rachunku Posiadacza karty, na który powinno zostać przekazane odszkodowanie:

### Dane Użytkownika karty (jeżeli są inne niż Posiadacza karty)

Imię i nazwisko (inicjały) Użytkownika karty wyłoczone na karcie .....

Data urodzenia       PESEL

### Informacje dotyczące szkody

### UBEZPIECZENIE NIEUPRAWNIONEGO UŻYCIA KARTY

Nazwa karty	Numer karty	Karta ważna do mm/rrrr	Nieuprawnione użycie karty	Wartość nieuprawnionych transakcji (waluta)
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

1. Data i godzina stwierdzenia braku karty: .....

2. Czy numer PIN był zapisany na karcie lub znajdował się w dokumentach utraconych razem z kartą?  Tak  Nie

3. Czy kradzież lub utrata dotyczy karty pozostawionej bez zabezpieczenia w ogólnie dostępnym miejscu publicznym? Jeśli tak, prosimy podać szczegóły w pkt 7 (wypełnić w przypadku nieuprawnionego użycia):  Tak  Nie

4. Czy zdarzenie jest wynikiem umyślnego działania osób pozostających z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym?  Tak  Nie

5. Czy fakt stwierdzenia utraty karty został zgłoszony do banku w celu jej unieważnienia – kiedy?  Tak  Nie  
Data/Godzina: .....

6. Czy zdarzenie zgłoszono na Policję – kiedy?  Tak  Nie  
Data/Godzina: .....

7. Szczegółowy opis zdarzenia:

**GWARANCJA NAJNIŻSZEJ CENY**

1. Cena zakupu w zł ..... Data zakupu .....

2. Cena z ogłoszenia ..... Data znalezienia oferty niższej ceny .....

3. Czy produkt został zakupiony w całości przy użyciu Karty?  Tak  Nie  
Jeśli nie, proszę podać szczegóły: forma płatności, kwoty .....4. Opis produktu (model, producent, ilość) .....  
Czy produkt został zakupiony w celach handlowych?  Tak  Nie5. Czy produkt został odsprzedany, utracony lub uległ całkowitemu zniszczeniu?  Tak  Nie**UBEZPIECZENIE ZAKUPÓW**1. Czy produkt został zakupiony w całości przy użyciu karty?  Tak  Nie  
Jeśli nie, proszę podać szczegóły (forma płatności, kwoty): .....

2. Data zakupu: .....

3. Opis produktu (nazwa, marka, model, ilość): .....

4. Czy produkt został zakupiony w celach handlowych?  Tak  Nie

Nazwa karty	Numer karty	Karta ważna do mm/rrrr	Utrata/całkowite zniszczenie produktu	Cena zakupu (waluta)	Uszkodzenie produktu	Łączny koszt naprawy (waluta)
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

5. Czy produkt został odsprzedany?  Tak  Nie6. Czy produkt został utracony?  Tak  Nie7. Czy produkt uległ całkowitemu zniszczeniu?  Tak  Nie  
Jeśli nie, prosimy podać szczegóły w pkt 9.

8. Data utraty/uszkodzenia zakupionego produktu

9. Szczegółowy opis zdarzenia:

10. Czy utrata dotyczy przedmiotu pozostawionego:  
- w samochodzie, innym pojeździe lub środku komunikacji?  Tak  Nie  
- bez zabezpieczenia w miejscu publicznym?  Tak  Nie

Jeśli tak, prosimy podać szczegóły w pkt 9.

11. Czy zdarzenie jest wynikiem działania osób, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność?  Tak  Nie12. Czy kradzież zgłoszono na Policję - kiedy? (jeśli dotyczy)  Tak  Nie  
data .....13. Czy utrata/uszkodzenie nastąpiło w czasie transportu dokonywanego przez sprzedawcę?  Tak  Nie14. Czy naprawę produktu przeprowadzono w ramach gwarancji lub rękojmi producenta? (jeśli dotyczy)  Tak  Nie15. Czy Pan/Pani posiada inne ubezpieczenie pokrywające doznaną szkodę majątkową?  Tak  Nie  
Jeżeli tak, to jakie? (nazwa zakładu ubezpiecz., nr polisy)

## INFORMACJA

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody przez PZU SA. Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego "ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne".

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz.926 z późn. zm.) informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jana Pawła II 24, w celu i zakresie niezbędnym do realizacji umowy grupowego ubezpieczenia dla posiadaczy i użytkowników kart obciążeniowych PKO VISA Classic wydawanych przez PKO BP SA („umowa ubezpieczenia”).

Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP SA do przekazania PZU SA jako ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową oraz danych osobowych mnie dotyczących w celu ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis Ubezpieczonego

### Do wniosku powinny być załączone następujące dokumenty:

- a) w ubezpieczeniu nieuprawnionego użycia karty:
  - kopia miesięcznego wyciągu lub zbiorcze zestawienie operacji, ze wskazaniem operacji dokonanych w ciężar rachunku, bez zgody i wiedzy Ubezpieczonego,
  - poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia wydane przez Policję - w przypadku rabunku bądź kradzieży karty,
- b) w ubezpieczeniu gwarancji najniższej ceny:
  - potwierdzenie dokonania zakupu przy użyciu karty,
  - kopia miesięcznego wyciągu lub zbiorcze zestawienie operacji dokonanych na rachunku,
  - kopia dowodu zakupu,
  - dowód ogłoszenia niższej ceny w postaci ogłoszenia w prasie, drukowanej ulotki reklamowej lub katalogu, reklamy sklepowej lub telewizyjnej,
- c) w ubezpieczeniu zakupów dokonanych przy użyciu karty:
  - potwierdzenie dokonania zakupu przy użyciu karty,
  - kopia miesięcznego wyciągu lub zbiorcze zestawienie operacji dokonanych na rachunku,
  - kopia dowodu zakupu,
  - rachunek zakładu naprawczego,
  - poświadczenie o zgłoszeniu utraty produktu wydane przez Policję w przypadku rabunku bądź kradzieży produktu,
  - kopia dokumentów potwierdzających zawarcie innego ubezpieczenia, jeżeli dotyczy,
  - zdjęcie uszkodzonego produktu.

Wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami powinien zostać dostarczony do PZU SA najpóźniej w ciągu 30 dni licząc od dnia ujawnienia się zdarzenia na adres:

**Centrum Operacyjne Likwidacji Szkód i Świadczeń PZU SA, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa  
tel. 0 801 102 102 lub (+48 22) 566 55 55**