

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA I POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU



Ubezpieczenia

Dla Pożyczkobiorców PKO Banku Polskiego SA

Zgłoszenie roszczenia na podstawie Warunków Ubezpieczenia na wypadek Utraty źródła dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku dla Pożyczkobiorców PKO Banku Polskiego SA (dalej WU).

Wszelkie terminy pisane z wielkiej litery przyjmują znaczenie nadane im w WU.

Numer Wniosko-Polis	<input type="text"/>
Numer szkody (uzupełnia Ubezpieczyciel)	<input type="text"/>

INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

I. Ubezpieczony, który na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego spełniał kryteria przynależności do GRUPY I, wymienione w § 3 ust 3 pkt 1 WU:

(tj.: Ubezpieczony, który ma status emeryta rencisty albo jest rolnikiem lub małżonkiem/małżonką rolnika, albo nie uzyskuje dochodu z Działalności gospodarczej lub Stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej albo Ubezpieczony, który w okresie ostatnich 18 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego pracował krócej niż 12 miesięcy, albo uzyskuje dochód poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i nie składa w Rzeczypospolitej Polskiej rocznego zeznania podatkowego (PIT) od całości swoich dochodów (przychodów) bez względu na miejsce uzyskiwania dochodu)

- A. Poważne Zachorowanie
- B. Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku

II. Ubezpieczony, który na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego spełniał kryteria przynależności do GRUPY II, wymienione w § 3 ust 3 pkt 2 WU:

(tj. Ubezpieczony, który w okresie ostatnich 18 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego był zatrudniony lub prowadził Działalność gospodarczą przez co najmniej 12 miesięcy)

- A. Poważne Zachorowanie
- B. Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
- C. Utrata źródła dochodu

A - W zależności od zdarzenia lub choroby:

- dla operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych oraz transplantacji głównych narządów - dzień dokonania zabiegu operacyjnego,
- dla zaawansowanej niewydolności nerek - dzień wystawienia zaświadczenia o zakwalifikowaniu do dializoterapii lub do przeszczepu nerki,
- dla zaawansowanego nowotworu złośliwego - dzień wydania Ubezpieczonemu wyników badania histopatologicznego, potwierdzającego obecność zaawansowanego nowotworu złośliwego po raz pierwszy,
- dla udaru mózgu - dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę
- dla zawału - dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę

B - dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją medyczną (karta informacyjna leczenia szpitalnego);

C - dzień uzyskania statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku;

Data Zdarzenia Ubezpieczeniowego:

Opis okoliczności powstania Zdarzenia Ubezpieczeniowego:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Placówki medyczne, które sprawowały opiekę nad Ubezpieczonym w związku z Poważnym zachorowaniem lub zaistniałym Nieszczęśliwym Wypadkiem (nazwa i adres):

<input type="text"/>
<input type="text"/>

DANE UBEZPIECZONEGO (POŻYCZKOBIORCY)

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>		
	Kod pocztowy	Miejscowość	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu Poczta
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

W procesie likwidacji szkody, jako preferowany kanał kontaktu wskazuję powyższy adres E-mail TAK NIE

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE, JEŻELI OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE NIE JEST UBEZPIECZONYM

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>		
	Kod pocztowy	Miejscowość	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu Poczta
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

W procesie likwidacji szkody, jako preferowany kanał kontaktu wskazuję powyższy adres E-mail TAK NIE

RODZAJ ŹRÓDŁA DOCHODU

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stosunek Pracy (dla zatrudnionych <u>co najmniej</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego) | <input type="checkbox"/> Wykonywanie działalności gospodarczej (<u>co najmniej</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego) |
| <input type="checkbox"/> Stosunek Pracy (dla zatrudnionych <u>krócej niż</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego) | <input type="checkbox"/> Wykonywanie działalności gospodarczej (<u>krócej niż</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego) |
| <input type="checkbox"/> Umowa cywilnoprawna (dla zatrudnionych <u>co najmniej</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego) | <input type="checkbox"/> Działalność rolnicza (rolnik/współmałżonek rolnika) |
| <input type="checkbox"/> Umowa cywilnoprawna (dla zatrudnionych <u>krócej niż</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego) | <input type="checkbox"/> Renta/emerytura |

ZAŁĄCZONO WYMAGANE DOKUMENTY I INFORAMCJE (zaznacz X, jeśli załączono dokument)**Poważne Zachorowanie (jeżeli zaznaczono pkt. A)**

- Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania w Okresie Ochrony wraz z opinią lekarza specjalisty
- Wyniki badania histopatologicznego - w przypadku nowotworu,
- Zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego (zgodnie z § 2 ust. 28 WU) - w przypadku prawa do świadczenia w podwójnej wysokości.
W przypadku:
- emerytów - zaświadczenie z ZUS o przyznaniu emerytury,
 - rencistów - zaświadczenie z organu rentowego (ZUS, KRUS) o przyznaniu renty,
 - rolników i małżonków rolników - zaświadczenie z KRUS o opłacaniu składek na KRUS,
 - pracujących w ramach Stosunku Pracy - zaświadczenie/a od pracodawcy/ów z których wynika długość zatrudnienia w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego

- pracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej – wypełnienie oświadczenia zawartego w niniejszym formularzu świadczeniowym;
- prowadzących działalność gospodarczą – wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub rejestru przedsiębiorców lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru.

Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (jeżeli zaznaczono pkt. B)

- Dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (Karta informacyjna leczenia szpitalnego)
- Dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego Wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie).
- Zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zgodnie z § 2 ust. 28 WU - w przypadku prawa do świadczenia w podwójnej wysokości.
W przypadku:
 - emerytów – zaświadczenie z ZUS o przyznaniu emerytury,
 - rencistów – zaświadczenie z organu rentowego (ZUS, KRUS) o przyznaniu renty,
 - rolników i małżonków rolników – zaświadczenie z KRUS o opłaceniu składek na KRUS,
 - pracujących w ramach Stosunku Pracy – zaświadczenie/a od pracodawcy/ów z których wynika długość zatrudnienia w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego
 - pracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej – wypełnienie oświadczenia zawartego w niniejszym formularzu świadczeniowym;
 - prowadzących działalność gospodarczą – wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub rejestru przedsiębiorców lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru.

Utrata źródła dochodu (jeżeli zaznaczono pkt. C)

- Zaświadczenie z urzędu pracy o wydaniu decyzji przyznającej Ubezpieczonemu status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku wraz z informacją, że Ubezpieczony posiadał ten status przez okres 30 dni od wydania ww. decyzji;
- Świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia – w przypadku, gdy zdarzenie wystąpiło w okresie krótszym niż 90 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia

Oświadczenie (dotyczy wyłącznie Ubezpiezonego zarobkującego w ramach umowy cywilnoprawnej)

- Poświadczam, iż uzyskuję dochód z umowy cywilnoprawnej przez okres co najmniej 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego
- Poświadczam, iż uzyskuję dochód z umowy cywilnoprawnej przez okres krótszy niż 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego

Uwaga!

Ubezpieczyciel uprawniony jest do wystąpienia o przedłożenie innych niż wymienione powyżej dokumentów wyłącznie, o ile z dostarczonych dokumentów nie udało się ustalić odpowiedzialności ubezpieczeniowej lub wysokości Świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo żądać oryginałów dokumentacji szkodowej lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez: pracownika Banku, pracownika Ubezpieczyciela, urzędnika administracji państwowej / samorządowej lub notariusza, w sytuacji gdy przedłożone kopie budzą wątpliwości lub są nieczytelne.

ZGODY NIEZBĘDNE DO PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWANIA LIKWIDACYJNEGO (dotyczy szkód na osobie)

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem.
- wyrażam zgodę na przekazanie do Ubezpieczyciela przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia ustaleniem prawa do Świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia i wysokości tych Świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych zgodę na zasięgnięcie informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczenia opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia oraz wysokości Świadczeń.
(Dotyczy sytuacji, w której osoba zgłaszająca roszczenie nie jest Ubezpieczonym)

_____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Czytelny podpis Zgłaszającego

_____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość _____
Podpis i pieczęć Upoważnionego Pracownika Banku (OFWCA)

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

W przypadku wystąpienia nadwyżki świadczenia nad wymagalnym saldem zadłużenia, proszę o jej przekazanie na poniższy rachunek bankowy:

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

Data (dd-mm-rrrr)

Miejscowość

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Do formularza zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia należy dołączyć: kopię Wniosko - Polisy wraz z aktualnymi danymi Ubezpieczonego (w przypadku zmian w trakcie trwania umowy ubezpieczenia) oraz kopię umowy pożyczki. W przypadku zgody na zwolnienie z tajemnicy bankowej, dokumenty bankowe pozyskiwane są przez PKO Ubezpieczenia z Banku.

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administrator danych

PKO Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa (dane rejestrowe podane w stopce dokumentu) jest administratorem Państwa danych osobowych („Administrator”) podanych w zgłoszeniu szkody.

We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych i przysługujących praw z tym związanych, można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych poprzez:

- email: ochrona.danych@pkoubezpieczenia.pl,
- formularz kontaktowy: <http://pkoubezpieczenia.pl/ochrona-danych-osobowych>,
- telefonicznie: +48 225410221,
- pisemnie: na adres siedziby Administratora.

2. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pani dane mogą być przetwarzane w celu:

- obsługi zgłoszonego roszczenia – podstawą prawną jest konieczność przetwarzania danych w ramach obsługi zgłoszonego roszczenia oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia, jeśli dotyczy danego roszczenia,
- dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia, przeciwdziałania ewentualnym przestępstwom ubezpieczeniowym oraz reasekuracji ryzyk – podstawą prawną jest uzasadniony interes Administratora.

3. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu:

- przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia oraz
- wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane zakładom reasekuracji, agentom ubezpieczeniowym oraz innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe na zlecenie Administratora m.in. podmiotom: obsługującym zgłaszane roszczenia, przetwarzającym dane w celu dochodzenia roszczeń czy dostawcom usług IT.

5. Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

6. Prawa osoby, której dane są przetwarzane

Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo do:

- dostępu do danych oraz żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora swoich danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem.

7. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku ze zgłoszonym roszczeniem jest dobrowolne, ale konieczne do obsługi zgłoszonego roszczenia w ramach umowy ubezpieczenia. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem.