



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU ZGONU, CAŁKOWITEJ, TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Wypełniony formularz należy wraz z załącznikami przestać za pośrednictwem Banku na adres:
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A., Dział Świadczeń, ul. Hestii 1; 81-731 Sopot

I. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zmianami) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, podanych przez Pania/iq dobrowolnie w związku z zgłoszeniem niniejszego roszczenia, które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Data wpłynięcia zgłoszenia (wypełnia Ergo Hestia)	Numer roszczenia (wypełnia Ergo Hestia)
--	--

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Rodzaj ubezpieczenia	Ubezpieczenie na życie dla posiadaczy rachunków kart kredytowych PKO BP SA		Ubezpieczający	Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna	
Rodzaj zdarzenia	<input type="checkbox"/> zgon Ubezpieczonego		<input type="checkbox"/> całkowita trwała niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	
Imię i nazwisko Ubezpieczonego			PESEL Ubezpieczonego		
Adres zamieszkania Ubezpieczonego		Ulica		Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość				Kod	
Numer telefonu		Numer Klienta w systemie bankowym (wypełnia osoba zgłaszająca roszczenie lub osoba upoważniona przez Bank)			
Dokument tożsamości Ubezpieczonego	Rodzaj dokumentu	Seria i numer	Wydany dnia	Wydany przez	
Data (DD:MM:RRRR) zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (zgonu, orzeczenia niezdolności do pracy lub wypadku powodującego trwałe inwalidztwo)					
Numer rachunku karty					

III. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA NA DZIEŃ ZDARZENIA

Wysokość salda zadłużenia na dzień poprzedzający wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową	
Wysokość średniego miesięcznego zadłużenia za okres do dnia poprzedzającego wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jednakże nie dłuższy niż 6 miesięcy	

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU UBEZPIECZONEGO

Data zgonu (DD:MM:RRRR)	Wyciąg z aktu zgonu numer	Wystawionego dnia	Przez
Proszę określić przyczynę śmierci ubezpieczonego oraz imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których zmarły/a się leczył/a, a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których ubezpieczony/a się leczył/a.			

W razie braku miejsca prosimy dalsze informacje podać na końcu druku lub na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia.

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BĄDĄCEGO PRZYCZYNĄ TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Data, godzina, miejsce i okoliczności zdarzenia (wystąpienia wypadku, przyczyny niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania)
Rodzaj doznanych obrażeń
Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku

Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku (nazwy placówek i adresy)

W razie braku miejsca prosimy dalsze informacje podać na końcu druku lub na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia.

Czy w chwili zdarzenia, które spowodowało niezdolność do pracy bądź w chwili nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu? (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

TAK NIE

VI. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY MA BYĆ PRZEKAZANE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

VII. ZAŁĄCZANE DOKUMENTY | KSEROKOPIE DOKUMENTÓW POWINNY BYĆ KAŻDORAZOWO POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ PRACOWNIKA BANKU

Do zgłoszenia roszczenia należy dołączyć:

- 1) w przypadku zgonu ubezpieczonego:
 - a) kopię oświadczenia ubezpieczonego Pożyczkobiorcy zmieniającego wskazanie uprawnionego do świadczenia (jeśli takie złożył),
 - b) kopię umowy o wydanie i używanie karty kredytowej,
 - c) kopię deklaracji zgody,
 - d) skrócony odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego (do wglądu),
 - e) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, wystawione przez lekarza lub właściwe władze.
- 2) w przypadku wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek NW lub trwałego inwalidztwa ubezpieczonego:
 - a) kopię umowy o wydanie i używanie karty kredytowej,
 - b) kopię deklaracji zgody,
 - c) oryginał lub potwierdzoną kopię decyzji organu rentowego o uznaniu Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy,
 - d) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku i leczenia.
- 3) inne dokumenty, o ile będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Inne dokumenty zawierające dane, o których mowa w art. 27.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku, Nr 101, poz. 926 ze zm.), w szczególności zawierające dane dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela muszą być dostarczone do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonego, a w przypadku zgonu ubezpieczonego – przez jego spadkobierców ustawowych bądź inne niż Bank osoby będące w ich posiadaniu.

VIII. ZAŁĄCZNIKI

1.	2.
3.	4.
5.	6.

IX. PODPISY

Nazwisko i imię osoby zgłaszającej roszczenie (Ubezpieczonego / spadkobiercy)	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
Nazwisko i imię pracownika Banku przyjmującego zgłoszenie roszczenia (w Oddziale Banku)	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Pieczęć imienna i podpis

X. DANE OSOBY ZE STRONY BANKU DO KONTAKTU Z ERGO HESTIĄ | DANE PRACOWNIKA COK

Imię i Nazwisko pracownika Banku	Numer telefonu	Adres e-mail
----------------------------------	-------------------------	--------------

XI. PODPIS PRACOWNIKA BANKU PRZEKAZUJĄCEGO ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA DO UBEZPIECZYCIELA | PODPIS PRACOWNIKA COK

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Pieczęć imienna i podpis
-----------------	-------------	----------------------------	--------------------------