

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA  
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA UTRATY ŹRÓDŁA  
DOCHODU/ INWALIDZTWA W NASTĘPSTWIE  
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**



Dla Pożyczkobiorców PKO Banku Polskiego SA

Zgłoszenie roszczenia na podstawie Warunków Ubezpieczenia spłaty Pożyczki Gotówkowej na wypadek Utraty źródła dochodu albo Inwalidztwa 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-Polisu   
Numer szkody (uzupełnia Ubezpieczyciel)

**1. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

- A. Utrata źródła dochodu   
B. Inwalidztwo w następstwie NW

Proszę podać datę zgodnie z poniższym opisem dot. lit. A lub B

A – dzień otrzymania statusu Bezrobotnego lub osoby Poszukującej pracy (w przypadku braku uzyskania statusu proszę podać: ostatni dzień okresu wypowiedzenia lub zatrudnienia lub dzień wyrejestrowania działalności gospodarczej)  
B – data zajścia Nieszczęśliwego Wypadku

Opis okoliczności powstania Zdarzenia Ubezpieczeniowego:

  
  
  

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

  

**2. DANE UBEZPIECZONEGO (POŻYCZKOBIORCY)**

Imię  Nazwisko   
PESEL   
Adres korespondencyjny   
Kod pocztowy  Miejscowość   
Ulica  Nr domu  Nr lokalu  Poczta   
Telefon  E-mail

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

### 3. 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"/>	<input type="text"/>	
	Kod pocztowy	Miejscowość	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu Poczta
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

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

### 4. RODZAJ ŹRÓDŁA DOCHODU

- Stosunek Pracy  Wykonywanie działalności gospodarczej  
 Renta/emerytura  Inna praca zarobkowa (umowa o dzieło, zlecenie, agencyjna)

### 5. ZAŁĄCZONO WYMAGANE DO OBSŁUŻENIA SZKODY DOKUMENTY I INFORMACJE (ZAZNACZ X, JEŚLI ZAŁĄCZONO DOKUMENT)

#### Utrata źródła dochodu (jeżeli zaznaczono pkt. A)

- Świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu Stosunku pracy lub zakończeniu Innej pracy zarobkowej.  
 Ostatnia umowa, na podstawie której zawarto Stosunek Pracy lub inny dokument potwierdzający zatrudnienie.  
 Zaświadczenie o zakończeniu wykonywania działalności gospodarczej (dotyczy tylko osób fizycznych, które prowadziły działalność gospodarczą).  
 Zaświadczenie z Urzędu Pracy o przyznaniu statusu Bezrobotnego / statusu osoby Poszukującej pracy.  
 Dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych obejmujący okres płatności raty (jeżeli przyznano zasiłek).  
 Umowa Pożyczki Gotówkowej wraz z Pierwotnym Harmonogramem Spłat Pożyczki Gotówkowej.

#### Inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (jeżeli zaznaczono pkt. B)

- Dokumentacja medyczna określająca rodzaj uszkodzenia ciała oraz leczenia.  
 Dokument potwierdzający źródło uzyskiwanego dochodu.  
 Dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie.  
 Kopia prawa jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony był kierującym pojazdem.  
 Umowa Pożyczki Gotówkowej wraz z Pierwotnym Harmonogramem Spłat Pożyczki Gotówkowej.  
 Zaświadczenie z Banku potwierdzające saldo zadłużenia na dzień powstania Nieszczęśliwego Wypadku.

#### 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.

## 6. 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.

\_\_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Poniższą część wypełnia Pracownik Banku (OFWCA)

## 7. INFORMACJE O KREDYCIE/POŻYCZCE

Numer umowy Pożyczki Gotówkowej \_\_\_\_\_

Liczba Pożyczkobiorców \_\_\_\_\_

Kwota najbliższej Raty następującej po dacie zdarzenia ustalona zgodnie z WU \_\_\_\_\_

Saldo zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ustalone zgodnie z WU \_\_\_\_\_

Przyznane Świadczenie proszę przekazać przelewem na poniższy rachunek bankowy (zgodnie z cesją złożoną we Wniosko-Polisie):

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

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

Do formularza zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia obowiązkowo należy dołączyć: kopię Wniosko - Polisy wraz z aktualnymi danymi Ubezpieczonego (o ile zmiana danych nastąpiła w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia) oraz kopię umowy Pożyczki Gotówkowej wraz z Pierwotnym Harmonogramem Spłat Pożyczki Gotówkowej.

## 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](mailto: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.