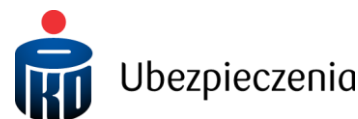


**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA
UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU/ CZASOWEJ
NIEZDOLNOŚCI DO PRACY / INWALIDZTWA/
LECZENIA SZPITALNEGO**



Dla Kredytobiorców/Pożyczkobiorców PKO BANK POLSKI SA lub
PKO Bank Hipoteczny SA.

Wszelkie terminy pisane z wielkiej litery, o ile nie zostały zdefiniowane odrębnie w niniejszym dokumencie, przyjmują znaczenie nadane im w OWU.

- Ubezpieczenie spłaty Pożyczki Gotówkowej w PKO Banku Polskim SA
- Ubezpieczenie spłaty Kredytu Hipotecznego / Pożyczki Hipotecznej w PKO Banku Polskim SA
- Ubezpieczenie spłaty Kredytu Hipotecznego w PKO Banku Hipotecznym SA
- Ubezpieczenie spłaty Kredytu Aurum/Platinum w PKO Banku Polskim SA

Numer Wniosko-Polisy

Numer szkody
(Uzupełnia Ubezpieczyciel)

1. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- A. Utrata pracy / dochodu
- B. Czasowa niezdolność do pracy
- C. Leczenie szpitalne
- D. Inwalidztwo w następstwie NW

Proszę podać datę

W przypadku pkt. A – ostatni dzień okresu wypowiedzenia lub zatrudnienia lub dzień wyrejestrowania działalności gospodarczej

W przypadku pkt. B – data początku zwolnienia lekarskiego

W przypadku pkt. C – pierwszy dzień pobytu w szpitalu

W przypadku pkt. D – data zajścia Nieszczęśliwego Wypadku

Opis okoliczności powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego:

2. DANE UBEZPIECZONEGO (KREDYTOBIORCY/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"/>	<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

- | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stosunek Pracy | <input type="checkbox"/> Wykonywanie działalności gospodarczej |
| <input type="checkbox"/> Renta/emerytura | <input type="checkbox"/> Inna praca zarobkowa (umowa o dzieło, zlecenie, agencyjna) |

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

Roszczenie: Utrata pracy / 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 osoby bezrobotnej / statusu osoby poszukującej pracy
- Dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych obejmujący okres płatności raty (jeżeli przyznano zasiłek).
- Umowa kredytu/pożyczki wraz aneksami oraz harmonogram spłat.

Roszczenie: Czasowa niezdolność do pracy (jeżeli zaznaczono pkt. B)

- Zaświadczenie lekarskie druk ZUS ZLA.
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego (jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu).
- Orzeczenie lekarskie organu uprawnionego do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.
- Dowód wypłaty zasiłku chorobowego ZUS (jeżeli przyznano zasiłek)
- Umowa kredytu/pożyczki wraz z aneksami oraz harmonogram spłat.

Roszczenie: Leczenie szpitalne (jeżeli zaznaczono pkt. C)

- Dokumentacja medyczna dot. Leczenia szpitalnego (tzn. określająca rodzaj i przyczynę choroby).
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego / wypis ze szpitala.
- Dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie jeśli Leczenie szpitalne nastąpiło wskutek - Nieszczęśliwego Wypadku.
- Kopia prawa jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony był kierującym pojazdem jeśli Leczenie szpitalne nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- Umowa kredytu/pożyczki wraz z aneksami oraz harmonogram spłat.

Roszczenie: Inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (jeżeli zaznaczono pkt. D)

- 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 kredytu/pożyczki wraz z aneksami oraz harmonogram spłat.
- Zaświadczenie z Banku potwierdzające saldo zadłużenia na dzień powstania Nieszczęśliwego Wypadku.

Uwaga!

Ubezpieczyciel uprawniony jest do wystąpienia o przedłożenie innych niż wymienione powyżej dokumentów lub informacji w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej, o ile są one niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Kopie dokumentów powinny być potwierdzone 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:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem,
2. 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

Nr umowy Kredytu/Pożyczki _____ Liczba Kredytobiorców/Pożyczkobiorów _____

Kwota najbliższej Raty następującej po dacie _____ Saldo zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia _____
zdarzenia ustalona zgodnie z OWU ustalone zgodnie z OWU

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)

Obowiązkowe jest dołączenie do formularza zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia: kopii Wniosko - Polisy wraz z aktualnymi danymi Ubezpieczonego (o ile zmiana danych nastąpiła w trakcie trwania umowy ubezpieczenia) oraz kopii umowy kredytu/pożyczki wraz z aneksami oraz aktualnym harmonogramem spłat kredytu/pożyczki.

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

Pan/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.