

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU
UBEZPIECZENIA UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU,
POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, POBYTU W SZPITALU
W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
(NW), INWALIDZTWA W NASTĘPSTWIE
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW), LECZENIA
SZPITALNEGO**



Ubezpieczenia

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.

- dla Umów Ubezpieczenia zawartych do dnia 4 sierpnia 2019r. - Ogólne warunki ubezpieczenia spłaty kredytu hipotecznego, pożyczki hipotecznej na wypadek Utraty Źródła dochodu, Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Leczenia szpitalnego dla klientów PKO Banku Polskiego SA lub PKO Banku Hipotecznego SA
- dla Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 5 sierpnia 2019r. . Ogólne Warunki Ubezpieczenia spłaty kredytu hipotecznego, pożyczki hipotecznej na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów PKO Banku Polskiego SA lub PKO Banku Hipotecznego SA

Numer Umowy Kredytu / Wniosko-Polisy

1. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| A. Utrata źródła dochodu | <input type="checkbox"/> |
| B. Poważne Zachorowanie | <input type="checkbox"/> |
| C. Leczenie szpitalne | <input type="checkbox"/> |
| D. Pobyt w Szpitalu w następstwie NW | <input type="checkbox"/> |
| E. Inwalidztwo w następstwie NW | <input type="checkbox"/> |

Proszę podać datę zajścia powyższego zdarzenia

Datę zajścia zdarzenia, w zależności od rodzaju ryzyka jest:

- w przypadku Utraty źródła dochodu (A):**
 - dla Umów Ubezpieczenia zawartych do dnia 4 sierpnia 2019r.: dzień po upływie 30 dni od daty ustania Stosunku Pracy /Zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej lub dzień uzyskania statusu Bezrobotnego jeżeli jest to termin późniejszy,
 - dla Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 5 sierpnia 2019r.: dzień uzyskania statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku.
- w przypadku Poważnego Zachorowania (B):**
 - dla operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych oraz transplantacji głównych narządów - dzień dokonania tego zabiegu operacyjnego,
 - dla zaawansowanej niewydolności nerek - dzień wystawienia po raz pierwszy zaświadczenia o zakwalifikowaniu do dializoterapii lub do przeszczepu nerki,
 - dla zaawansowanego nowotworu złośliwego - data wyniku badania histopatologicznego, potwierdzającego obecność zaawansowanego nowotworu złośliwego po raz pierwszy,
 - dla udaru mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym - dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę,
 - dla zawału serca z uniesieniem odcinka ST - dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę.
- w przypadku Leczenia szpitalnego i Pobytu w Szpitalu w następstwie NW (C i D):**
 - dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją medyczną (karta informacyjna leczenia szpitalnego).
- w przypadku Inwalidztwa w następstwie NW (E):**
 - data zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.

Opis okoliczności powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego:

Placówki medyczne, które sprawowały opiekę nad Ubezpieczonym w związku z Poważnym Zachorowaniem, Leczeniem szpitalnym, Pobyt w Szpitalu lub zaistniałym Nieszczęśliwym Wypadkiem (nazwa i adres):

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 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

4. RODZAJ ŹRÓDŁA DOCHODU

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stosunek Pracy (dla zatrudnionych <u>co najmniej</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego) | <input type="checkbox"/> Wykonywanie Działalności gospodarczej (<u>co najmniej</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego) |
| <input type="checkbox"/> Stosunek Pracy (dla zatrudnionych <u>krócej niż</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego) | <input type="checkbox"/> Wykonywanie Działalności gospodarczej (<u>krócej niż</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego) |
| <input type="checkbox"/> Umowa cywilnoprawna (dla zatrudnionych <u>co najmniej</u> przez 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed dniem zajścia 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 dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego) | <input type="checkbox"/> Renta/emerytura |

5. ZAŁĄCZONO WYMAGANE DOKUMENTY I INFORMACJE (zaznacz X, jeśli załączono dokument)

Utrata Źródła Dochodu (jeżeli w punkcie 1 zaznaczono lit. A)

- dla Umów Ubezpieczenia zawartych do dnia 4 sierpnia 2019r.
 - Świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub oświadczenie Pracodawcy o rozwiązaniu Stosunku pracy lub zakończeniu Innej pracy zarobkowej.
 - Ostatnia Umowa o pracę na podstawie której zawarto Stosunek Pracy lub inny dokument potwierdzający zatrudnienie.
 - Zaświadczenie o zakończeniu wykonywania działalności gospodarczej (dot. osób fizycznych, które prowadziły działalność gospodarczą).
 - Zaświadczenie z urzędu pracy o wydaniu decyzji przyznającej Ubezpieczonemu status Bezrobotnego / status Poszukującego Pracy.
- dla Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 5 sierpnia 2019r.
 - 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.

Poważne Zachorowanie (jeżeli w punkcie 1 zaznaczono lit. B) – wyłączenie dla Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 5 sierpnia 2019r.

- 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 – w przypadku Ubezpieczonych zakwalifikowanych do Grupy II (zgodnie z § 3 ust. 1 pkt. 2) OWU). W przypadku:
 - emerytów i rencistów – zaświadczenie z ZUS lub innego organu rentowego o przyznaniu emerytury lub 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 dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - pracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej – wypełnienie oświadczenia zawartego w niniejszym formularzu świadczeniowym (patrz pkt. 6),
 - prowadzących działalność gospodarczą – wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub rejestru przedsiębiorców KRS lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru.

Leczenie Szpitalne (jeżeli w punkcie 1 zaznaczono lit. C) - wyłączenie dla Umów Ubezpieczenia zawartych do dnia 4 sierpnia 2019r.

- Dokumentacja medyczna dot. Leczenia szpitalnego (tzn. określająca rodzaj i przyczynę choroby).
- Karta informacyjna Leczenia szpitalnego / Wypis ze szpitala.
- Dokument opisujący okoliczności zajścia 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.

Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (jeżeli w punkcie 1 zaznaczono lit. D) - wyłączenie dla Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 5 sierpnia 2019r.

- Dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (Karta informacyjna leczenia szpitalnego) w Okresie Ochrony.
- Dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego Wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie).

Inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (jeżeli w punkcie 1 zaznaczono lit. E) - wyłączenie dla Umów Ubezpieczenia zawartych do dnia 4 sierpnia 2019r.

- Dokumentacja medyczna określająca rodzaj uszkodzenia ciała oraz leczenia.
- Zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
- 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.

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.

6. OŚWIADCZENIE DO POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (dotyczy wyłącznie Ubezpiezonego zarobkującego w ramach umowy cywilnoprawnej)

<input type="checkbox"/>	Poświadczam, iż uzyskuję dochód z umowy cywilnoprawnej przez okres co najmniej 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego
<input type="checkbox"/>	Poświadczam, iż uzyskuję dochód z umowy cywilnoprawnej przez okres krótszy niż 12 miesięcy w okresie ostatnich 18 miesięcy przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

Oświadczam, że:

1. informacje podane przeze mnie przy zgłoszeniu roszczenia, w tym zawarte w niniejszym formularzu, są kompletne i prawdziwe.
2. zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w poniższym Formularzu w punkcie „Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych”

Data (dd-mm-rrrr)	Miejscowość	Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

7. PONIŻSZĄ CZĘŚĆ WYPEŁNIA UBEZPIECZONY DOT. WYPŁATY ŚWIADCZENIA - wyłączenie dla Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 5 sierpnia 2019r.

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 Kredytu.

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

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 lub/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.