

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
Z TYT. UBEZPIECZENIA UTRATY ŹRÓDŁA
DOCHODU/LECZENIA SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**



Dla Klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są Posiadaczami kart kredytowych wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski S.A.

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

Numer Umowy Karty Kredytowej

Numer szkody
(Uzupełnia Ubezpieczyciel)

1. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- A. Utrata źródła dochodu
B. Leczenie szpitalne w następstwie NW

Proszę podać datę zgodnie z poniższym opisem dot. lit. A lub B - - r. - - r.
 Pierwsza data Druga data

W przypadku pkt. A	dzień wypowiedzenia zatrudnienia lub dzień wyrejestrowania Działalności gospodarczej	dzień otrzymania statusu osoby Bezrobotnej lub Poszukującej pracę
W przypadku pkt. B	data zajścia Nieszczęśliwego Wypadku	pierwszy dzień pobytu w szpitalu

Opis okoliczności powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego:

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

2. DANE UBEZPIECZONEGO (POSIADACZ KARTY KREDYTOWEJ)

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 ze strony Ubezpieczyciela wskazuję TAK NIE
powyższy adres E-mail

3. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE, JAK WYŻEJ

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
	<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 ze strony Ubezpieczyciela wskazuję TAK NIE
powyższy adres E-mail

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)

Roszczenie: Utrata źródła dochodu (jeżeli zaznaczono pkt. A)

- Świadczenie 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).
 Decyzja z Urzędu Pracy o przyznaniu statusu osoby Bezrobotnej lub statusu osoby Poszukującej pracy.
 Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status Bezrobotnego lub dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych, obejmujący okres wymagalności kolejnej spłaty Salda Zadłużenia.

Roszczenie: Leczenie szpitalne w wyniku NW (jeżeli zaznaczono pkt. B)

- Dokumentacja medyczna dot. Leczenia szpitalnego (tzn. określająca rodzaj i przyczynę choroby).
 Karta informacyjna leczenia szpitalnego / wypis ze szpitala.
 Dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (protokoły powypadkowe policji lub dokumenty sporządzone przez prokuraturę, sąd, straż pożarną lub służby BHP, jeśli było prowadzone postępowanie dotyczące wypadku),
 Kopia prawa jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony był kierującym pojazdem (w przypadku braku prawa jazdy wymagany jest sporządzony przez policję lub prokuraturę dokument zawierający informację, że Ubezpieczony prowadził pojazd mając odpowiednie uprawnienia)

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.

Upoważniam PKO TU S.A. do zasięgnięcia informacji o moim stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do przyznania świadczenia i jego wysokości, a placówki medyczne do udzielania tych informacji. TAK NIE

(Dotyczy sytuacji, w której osobą zgłaszającą roszczenie jest Ubezpieczony)

<input type="text"/>	r.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data (dd-mm-rrrr)		Miejscowość	Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Poniższą część wypełnia Pracownik Banku

6. INFORMACJE O KARCIE

Numer Umowy Karty Kredytowej

Data wymagalności spłaty Salda zadłużenia

Kwota Sumy Ubezpieczenia Średnia kwota Salda zadłużenia z Cyklu
(Saldo zadłużenia z dnia wskazanego w OWU § 10.1) Rozliczeniowego poprzedzającego dzień opisany w OWU § 10.1

Przyznane świadczenie proszę przekazać przelewem na poniższy rachunek Karty kredytowej wydanej przez PKO Bank Polski (zgodnie z cesją złożoną we Deklaracji Przystąpienia):

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

r.

Data (dd-mm-rrrr)

Miejscowość

Podpis i pieczęć Upoważnionego Pracownika Banku

Obowiązkiem Pracownika Banku jest dołączenie do formularza zgłoszenia roszczenia: kopii Deklaracji Przystąpienia wraz z aktualnymi danymi Ubezpieczonego (o ile zmiana danych nastąpiła w trakcie trwania umowy ubezpieczenia).