



# Zgłoszenie szkody NNW dla Posiadaczy rachunków prowadzonych w Powszechnej Kasie Oszczędności Banku Polskim S.A.

Numer szkody

Numer rachunku w PKO BP SA

Pakiet ubezpieczenia

Generali T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa tel (022) 543 0 543, fax (0-22) 543 0 898

1. Ubezpieczający

**POWSZECHNA KASA OSZCZĘDNOŚCI BANK POLSKI S.A. (PKO BP SA)**

2. Ubezpieczony (poszkodowany)

Imię i nazwisko

Adres:

Ulica, numer

Kod pocztowy:

Miejscowość

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

3. Oświadczenie opiekuna prawnego (prosimy o wypełnienie w przypadku, gdy zdarzenie dotyczy nieletniego)

Niniejszym oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim / małoletnią wymienionym w pkt. 2 sprawują aktualnie następujące osoby:

1. Imię i nazwisko

opiekuna prawnego

Stopień pokrewieństwa

Adres:

Ulica, numer

Kod pocztowy:

Miejscowość

2. Imię i nazwisko

opiekuna prawnego

Stopień pokrewieństwa

Adres:

Ulica, numer

Kod pocztowy:

Miejscowość

..... (imię i nazwisko składającego oświadczenie) (seria i numer dow. osob.) (podpis)

4. Wypadek

Data zdarzenia

Miejsce zdarzenia

Godzina zdarzenia

Okoliczności i przebieg zdarzenia:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Dotyczy wypadku komunikacyjnego

Numer rej. pojazdu

Marka pojazdu:

Imię i nazwisko kierującego pojazdem

Numer i kategoria prawa jazdy:

Adres zamieszkania kierującego pojazdem

Kod pocztowy:

Miejscowość

Numer rej. II pojazdu

Marka II pojazdu:

Imię i nazwisko kierującego II poj.

Numer i kategoria prawa jazdy kierującego II pojazdem

Adres zamieszkania kierującego II poj.

Kod pocztowy:

Miejscowość

6. Stan trzeźwości w chwili zdarzenia

Czy w chwili zdarzenia kierujący był trzeźwy? Tak  Nie 

Oświadczam, że w chwili zdarzenia Ubezpieczony był trzeźwy i nie był pod wpływem narkotyków lub innych tego typu środków.

..... (imię i nazwisko składającego oświadczenie) (seria i numer dow. osob.) (podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nieletni)

7. Świadkowie

Czy na miejscu zdarzenia byli obecni świadkowie? Tak  Nie 

Jeżeli tak, prosimy o wypełnienie:

1. Imię i nazwisko

Adres:

Kod pocztowy:

Miejscowość

	<p>Ulica, numer</p> <p>2. Imię i nazwisko <input type="text"/></p> <p>Adres: <input type="text"/> Kod pocztowy: <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/></p> <p>Ulica, numer <input type="text"/></p>
8. Obrażenia ciała	<p>Rodzaj zachorowania/obrażeń ciała:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
9. Zakłady lecznicze, w których Ubezpieczony leczył się w związku ze zdarzeniem	<p>Nazwa zakładu <input type="text"/></p> <p>Adres zakładu <input type="text"/> Kod pocztowy <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/></p> <p>Specjalista prowadzący leczenie <input type="text"/></p> <p>..... (Podpis i pieczęć lekarza /udzielającego pierwszej pomocy)</p> <p>Nazwa zakładu <input type="text"/></p> <p>Adres zakładu <input type="text"/> Kod pocztowy <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/></p> <p>Specjalista prowadzący leczenie <input type="text"/></p> <p>..... (Podpis i pieczęć lekarza )</p> <p>Nazwa zakładu <input type="text"/></p> <p>Adres zakładu <input type="text"/> Kod pocztowy <input type="text"/> Miejscowość <input type="text"/></p> <p>Specjalista prowadzący leczenie <input type="text"/></p> <p>..... (Podpis i pieczęć lekarza )</p>
10. Czy leczenie zostało zakończone?	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Data zakończenia leczenia <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/></p> <p>Przewidywany termin zakończenia leczenia <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/></p>
11. Upoważnienie dla placówek medycznych i dla Generali TU S.A.	<p>Ja, niżej podpisany/a ..... zam. ...., upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej informacji medycznej mnie dotyczącej, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. W tym zakresie zwalniając lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.</p> <p>Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP SA do przekazania Generali T.U. S.A. informacji objętych tajemnicą bankową oraz danych osobowych mnie dotyczących w celu ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczeń z tytułu Umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych prowadzonych w PKO BP SA (zwanej dalej „umową ubezpieczenia”).</p> <p>Przyjmuję do wiadomości, że Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B, jest administratorem moich danych osobowych, które będą przetwarzane przez tego Ubezpieczyciela w celu wywiązania się z Umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci, całkowitego inwalidztwa oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku dla posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych prowadzonych w Powszechnej Kasie Oszczędności Banku Polskim Spółce Akcyjnej, zawartej przez PKO BP SA na moją rzecz.</p> <p>Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawne usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania mojej poprzedniej zgody.</p> <p>Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie zobowiązuje się do informowania PKO BP SA i Ubezpieczyciela o zachodzących zmianach odnośnie moich danych osobowych.</p> <p>..... (Podpis Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego (miejscowość, data) w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)</p>
12. Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie policyjne lub prokuratorskie?	<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Policja Nazwa i adres: ..... sygn. akt .....</p> <p><input type="checkbox"/> Prokuratura Nazwa i adres: ..... sygn. akt .....</p>
13. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia	<p><input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy na adres: <input type="checkbox"/> Adres zamieszkania (jak w pkt. 2) <input type="checkbox"/> inny .....</p> <p><input type="checkbox"/> Przelew na rachunek bank. <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/></p>
<p><b>Na powyższe pytania odpowiedzieliśmy zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.</b></p>	
<p>Data i podpis osoby uprawnionej do zgłoszenia szkody</p>	<p>Data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie szkody</p>