

**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

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 Poczta
	<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)

- 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).
 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 (ozn. 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.

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.

<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

7. INFORMACJE O KARCIE

Numer Umowy Karty Kredytowej

Data wymagalności spłaty Salda zadłużenia

Kwota Sumy Ubezpieczenia

(Saldo zadłużenia z dnia wskazanego w OWU § 10.1)

Średnia kwota Salda zadłużenia z Cyklu 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).

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.

PKO Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000551487., NIP 527-27-34-144, kapitał zakładowy: 25 000 000,00 zł, wpłacony w całości. Infolinia: 81 535 67 66, www.pkoubezpieczenia.pl.

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.