

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA  
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA UTRATY ŹRÓDŁA  
DOCHODU/ INWALIDZTWA W NASTĘPSTWIE  
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**



Ubezpieczenia

Dla Pożyczkobiorców PKO Banku Polskiego SA

Zgłoszenie roszczenia na podstawie Warunków Ubezpieczenia spłaty Pożyczki Gotówkowej na wypadek Utraty źródła dochodu albo Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku dla Pożyczkobiorców PKO Banku Polskiego SA (dalej WU).

Wszelkie terminy pisane z wielkiej litery przyjmują znaczenie nadane im w WU.

Numer Wniosko-Polisy   
Numer szkody   
(uzupełnia Ubezpieczyciel)

**1. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

- A. Utrata źródła dochodu   
B. Inwalidztwo w następstwie NW

Proszę podać datę zgodnie z poniższym opisem dot. lit. A lub B

A - dzień otrzymania statusu Bezrobotnego lub osoby Poszukującej pracy (w przypadku braku uzyskania statusu proszę podać: ostatni dzień okresu wypowiedzenia lub zatrudnienia lub dzień wyrejestrowania działalności gospodarczej)  
B - data zajścia Nieszczęśliwego Wypadku

Opis okoliczności powstania Zdarzenia Ubezpieczeniowego:

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

**2. DANE UBEZPIECZONEGO (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
	<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 wskazuję powyższy adres E-mail  TAK  NIE

### 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)

#### 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).  
 Zaświadczenie z Urzędu Pracy o przyznaniu statusu Bezrobotnego / statusu osoby Poszukującej pracy.  
 Dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych obejmujący okres płatności raty (jeżeli przyznano zasiłek).  
 Umowa Pożyczki Gotówkowej wraz z Pierwotnym Harmonogramem Spłat Pożyczki Gotówkowej.

#### Inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (jeżeli zaznaczono pkt. B)

- 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 Pożyczki Gotówkowej wraz z Pierwotnym Harmonogramem Spłat Pożyczki Gotówkowej.  
 Zaświadczenie z Banku potwierdzające saldo zadłużenia na dzień powstania Nieszczęśliwego Wypadku.

#### 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.

Upoważniam PKO TU S.A. do zasięgnięcia od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej informacji o moim stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do przyznania przez Ubezpieczyciela Świadczenia i jego wysokości oraz na zasięgnięcie informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości Świadczeń.  TAK  NIE

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

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

Poniższą część wypełnia Pracownik Banku (OFWCA)

**6. INFORMACJE O KREDYCIE/POŻYCZCE**

Numer umowy Pożyczki Gotówkowej | |

Liczba Pożyczkobiorców | |

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

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)

Do formularza zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia obowiązkowo należy dołączyć: kopię Wniosko - Polisy wraz z aktualnymi danymi Ubezpieczonego (o ile zmiana danych nastąpiła w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia) oraz kopię umowy Pożyczki Gotówkowej wraz z Pierwotnym Harmonogramem Spłat Pożyczki Gotówkowej.