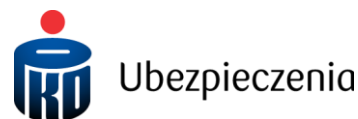


# FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI/ PRZESTOJU W DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ



dla Pożyczkobiorców MSP PKO Banku Polskiego SA  
w ramach zawartej z Bankiem Umowy Pożyczki MSP

Zgłoszenie roszczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia spłaty Pożyczki MSP na wypadek Czasowej niezdolności lub Przewstoju w Działalności gospodarczej (dalej OWU).

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

Numer Wniosko-Polisy

Numer szkody  
(uzupełnia Ubezpieczyciel)

## 1. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

### Czasowa niezdolność:

A. Leczenie szpitalne

B. Poważne zachorowanie

C. Operacja chirurgiczna

### Przewstój w Działalności gospodarczej

D. Przewstój w Działalności gospodarczej

Proszę podać datę zgodnie z poniższym opisem dot. lit. A, B, C, D

A – pierwszy dzień pobytu w Szpitalu;

B – data rozpoznania Poważnego zachorowania przez lekarza specjalistę zawarta w dokumentacji medycznej;

C – początkowy dzień przeprowadzenia Operacji chirurgicznej, podany w dokumentacji medycznej;

D - dzień zajścia Zdarzenia losowego

### Opis okoliczności powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego:

Placówki medyczne, które sprawowały opiekę nad Ubezpieczonym (nazwa i adres):

## 2. DANE UBEZPIECZONEGO (POŻYCZKOBIORCY MSP)

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. DO NINIEJSZEGO FORMULARZA ZAŁĄCZONO NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY I INFORMACJE WYMAGANE DO USTALENIA ZASADNOŚCI ROSZCZENIA: (ZAZNACZ „X”, JEŚLI ZAŁĄCZONO DOKUMENT)**

**Roszczenie: Leczenie szpitalne (jeżeli zaznaczono pkt. A)**

- karta wypisu ze Szpitala;
- dokumentacja medyczna określająca rodzaj i przyczynę Leczenia szpitalnego;
- 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).

**Roszczenie: Poważne zachorowanie, Operacja chirurgiczna (jeżeli zaznaczono pkt. B lub C)**

- kserokopia zwolnienia lekarskiego bądź wydruk ZUS ZLA wraz z kserokopią dokumentacji medycznej z wizyty lekarskiej, podczas której wystawiono owe zwolnienie lekarskie wraz z odnotowaną jednostką chorobową, w związku z którą wystawiono zwolnienie lekarskie;
- inne zaświadczenie lekarskie wskazujące na jednostkę chorobową, która była przyczyną Poważnego zachorowania lub Operacji chirurgicznej wraz z kserokopią dokumentacji medycznej z wizyty lekarskiej, podczas której wystawiono owe zaświadczenie lekarskie;
- dokumentacja medyczna z placówek medycznych, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał w związku z zaistniałym Poważnym zachorowaniem lub Operacją chirurgiczną, w tym opinii lekarza prowadzącego i wyniki badań potwierdzające wystąpienie jednostki chorobowej objętej ubezpieczeniem lub przebycie przez Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej.

**Roszczenie: Przystój w Działalności gospodarczej (jeżeli zaznaczono pkt. D)**

- |                          |                                                                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | dokumenty i informacje w potwierdzające zajście Zdarzenia losowego, objętego zakresem ubezpieczenia    |
| <input type="checkbox"/> | Oświadczenie Ubezpieczającego do zgłoszonego roszczenia z tytułu Przystoju w Działalności gospodarczej |

**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.

## 5. ZGODY NIEZBĘDNE DO PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWANIA LIKWIDACYJNEGO (dotyczy szkód na osobie)

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem,

2. 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.

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

Przyznane Świadczenie proszę przekazać przelewem na poniższy rachunek bankowy:

\_\_\_\_\_

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

Do formularza zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia należy dołączyć kopię Wniosko - Polisy oraz umowy Pożyczki MSP, o ile Ubezpieczający nie udzielił zgody na zwolnienie z tajemnicy bankowej do zasięgnięcia informacji przez PKO TU S.A..

## 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](mailto: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 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.