



SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ ERGO HESTIA S.A.
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU UTRATY PRACY LUB ZGONU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Wypełniony formularz wraz z załącznikami należy przesłać za pośrednictwem Banku na adres:
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A.; Biuro Likwidacji Szkód; ul. Hestii 1, 81-731 Sopot

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 roku, Nr 101, poz. 926 ze zm.) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych w związku ze zgłoszeniem niniejszego roszczenia, które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Data wpłynięcia zgłoszenia (Wypełnia Ergo Hestia)	Numer roszczenia (Wypełnia Ergo Hestia)
---	---

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Rodzaj ubezpieczenia: Ubezpieczenie na wypadek utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych udzielonych przez PKO BP SA (oferowanych przez Bank w okresie od 17.08.2009 r. do 24.03.2010 r.) / Ubezpieczenie na wypadek utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych udzielonych przez PKO BP SA od dnia 25 marca 2010 r. / Ubezpieczenie na wypadek utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo udzielonych przez PKO BP SA*

Ubezpieczający: Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna

WYPEŁNIA BANK (Pracownik Oddziału Banku na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie z tytułu ubezpieczenia dla Pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych) / **WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DLA POŻYCZKOBIORCÓW POŻYCZEK INTELIGO INNA NIŻ PKO BP ***

Rodzaj zdarzenia:

<input type="checkbox"/> utrata pracy	<input type="checkbox"/> zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku
---------------------------------------	---

Wariant ubezpieczenia: (nie dotyczy ubezpieczenia dla Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo)

<input type="checkbox"/> podstawowy	<input type="checkbox"/> rozszerzony
-------------------------------------	--------------------------------------

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

PESEL Ubezpieczonego

--	--

Adres zamieszkania Ubezpieczonego i numer telefonu bądź adres i nr telefonu Uprawnionego, jeżeli jest to inna osoba niż PKO BP

Numer Klienta w systemie bankowym (wypełnia osoba zgłaszająca roszczenie lub osoba upoważniona przez Bank)

--	--

Dokument tożsamości Ubezpieczonego lub Uprawnionego innego niż PKO BP

Rodzaj dokumentu	Seria i numer	Wydany dnia	Wydany przez
Adres korespondencyjny osoby zgłaszającej roszczenie innej niż PKO BP		Numer telefonu osoby zgłaszającej roszczenie innej niż PKO BP	
Data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (utrata pracy lub nieszczęśliwego wypadku)			

Numer umowy pożyczki

Liczba Pożyczkobiorców

--	--

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY MA BYĆ PRZEKAZANE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE
(Numer rachunku do wypłaty świadczenia dla Ubezpieczonego lub Uprawnionego innego niż Bank - należy wypełnić tylko w przypadku, gdy świadczenie przysługuje osobie innej niż Bank)

--

PODPISY

Nazwisko i imię osoby zgłaszającej roszczenie (Ubezpieczonego/uprawnionego/spadkobiercy) w Oddziale Banku albo osoby zgłaszającej roszczenie korespondencyjnie (z tytułu ubezpieczenia dla Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo)	Miejscowość, data	podpis
imię i nazwisko pracownika Oddziału Banku albo Imię i nazwisko osoby upoważnionej przez Bank (dotyczy ubezpieczeń dla Pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych Inteligo)	Miejscowość, data	Pieczęć imienna i podpis

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia dla Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo osoba zgłaszająca roszczenie inna niż Bank przesyła formularz zgłoszenia roszczenia wraz z odpowiednimi załącznikami na adres: PKO BP SA Centrum Bankowości Elektronicznej, Pl. Bankowy 2, 00-095 Warszawa.

WYPEŁNIA BANK (pracownik CRB/ w przypadku ubezpieczenia dla Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo pracownik CBE)

Waluta pożyczki	Kurs kupna dewiz zamieszczony w pierwszej tabeli kursów opublikowanej przez Ubezpieczającego w dniu podpisania umowy pożyczki

WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA NA DZIEŃ ZDARZENIA (Wysokość sumy ubezpieczenia na dzień zgonu w nieszczęśliwym wypadku lub utraty pracy.)
--

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY MA BYĆ PRZEKAZANE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

(Numer rachunku do wypłaty świadczenia dla Banku)

--

ZAŁĄCZANE DOKUMENTY: (Kserokopie dokumentów powinny być każdorazowo potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracownika CRB/CBE)

Do zgłoszenia roszczenia należy dołączyć:

- 1) W razie zgonu ubezpieczonego Pożyczkobiorcy:
 - a) kopię deklaracji zgody,
 - b) zaświadczenie o kwocie udzielonej pożyczki,
 - c) kopię oświadczenia ubezpieczonego Pożyczkobiorcy zmieniającego wskazanie uprawnionego do świadczenia (jeśli takie złożył),
- 2) w przypadku wystąpienia wypadku z ubezpieczenia utraty pracy, każdorazowo po utracie pracy:
 - a) wypełniany przez Bank formularz zgłoszenia roszczenia,
 - b) kopię deklaracji zgody,
- 3) w przypadku wystąpienia wypadku z ubezpieczenia utraty pracy, przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego - zawiadomienie o najbliższej spłacie pożyczki/zaświadczenie o wysokości raty pożyczki przypadającej do zapłaty w okresie, za który przysługuje świadczenie.
- 4) informację o udziale dochodów Ubezpieczonego w łącznych dochodach współubezpieczonych branych pod uwagę przy ustalaniu zdolności kredytowej,
- 5) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia,

Inne dokumenty zawierające dane, o których mowa w art. 27.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku, Nr 101, poz. 926 ze zm.), w szczególności zawierające dane dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela muszą być dostarczone do Ubezpieczyciela przez ubezpieczonego Pożyczkobiorcę, a w przypadku zgonu ubezpieczonego Pożyczkobiorcy – przez jego spadkobierców ustawowych bądź inne niż Bank osoby będące w ich posiadaniu.

DANE OSOBY ZE STRONY BANKU DO KONTAKTU Z ERGO HESTIĄ (Dane pracownika CRB/ w CBE)

Imię i Nazwisko pracownika Banku	Numer telefonu	Adres e-mail

PODPIS PRACOWNIKA BANKU PRZEKAZUJĄCEGO ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA DO UBEZPIECZYCIELA (Podpis pracownika CRB/CBE)

Nazwisko i imię	Miejscowość, data	Pieczęć imienna i podpis

*niepotrzebne skreślić



SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ ERGO HESTIA S.A.
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU UTRATY PRACY LUB ZGONU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Osoba zgłaszająca roszczenie inna niż PKO BP przekazuje wypełniony formularz wraz z załącznikami na adres:
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, Biuro Likwidacji Szkód; ul. Hestii 1; 81-731 Sopot

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 roku, Nr 101, poz. 926 ze zm.) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych w związku ze zgłoszeniem niniejszego roszczenia, które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Data wpłynięcia zgłoszenia (Wypełnia Ergo Hestia)	Numer roszczenia (Wypełnia Ergo Hestia)
---	---

INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Rodzaj ubezpieczenia: Ubezpieczenie na wypadek utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych udzielonych przez PKO BP SA (oferowanych przez Bank w okresie od 17.08.2009 r. do 24.03.2010 r.) / Ubezpieczenie na wypadek utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych udzielonych przez PKO BP SA od dnia 25 marca 2010 r. / Ubezpieczenie na wypadek utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo udzielonych przez PKO BP SA*

Ubezpieczający: Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY LUB OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE INNA NIŻ PKO BP

Imię i nazwisko Ubezpieczonego	PESEL Ubezpieczonego

Adres zamieszkania Ubezpieczonego i numer telefonu bądź adres i nr telefonu Uprawnionego innego niż PKO BP	Numer Klienta w systemie bankowym

Dokument tożsamości Ubezpieczonego			
Rodzaj dokumentu	Seria i numer	Wydany dnia	Wydany przez

INFORMACJE DOTYCZĄCE UTRATY PRACY LUB ZGONU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

W załączeniu przedstawiam wszelką dostępną mi dokumentację dotyczącą wypadku i jego następstw. Ja niżej podpisany, świadomy konsekwencji wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, wynikających z postanowień art. 286 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, iż wszystkie przedstawione przeze mnie informacje i dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia są prawdziwe i kompletne.

Osoba zgłaszająca roszczenie inna niż Bank do formularza zgłoszenia roszczenia dołącza :

- 1) w razie zgonu Ubezpieczonego dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia m.in.: skrócony odpis aktu zgonu, zaświadczenie o przyczynie zgonu lub karta zgonu zawierająca określenie przez lekarza przyczyny zgonu,
- 2) w przypadku wystąpienia wypadku z ubezpieczenia utraty pracy, każdorazowo po utracie pracy:
 - a) oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów polskiego prawa pracy,
 - b) zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego,
 - c) kopię ostatniej umowy o pracę,
 - d) kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia,
- 3) w przypadku wystąpienia wypadku z ubezpieczenia utraty pracy, przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego - potwierdzenie z Urzędu Pracy o pozostawaniu bezrobotnym lub dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności raty,
- 4) inne dokumenty zawierające dane, o których mowa w art. 27.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku, Nr 101, poz. 926 ze zm.), w szczególności zawierające dane dotyczące stanu zdrowia, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

(W razie braku miejsca prosimy dalsze informacje podać na końcu druku lub na osobnej kartce i dołączyć do niniejszego zgłoszenia)

ZAŁĄCZNIKI

1.
2.
3.
4.
5.

PODPIS UBEZPIECZONEGO LUB OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE INNEJ NIŻ PKO BP

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
Adres	Nr telefonu	Adres e-mail

*niepotrzebne skreślić