



SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE ERGO HESTIA S.A.
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU ZGONU, CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, TRWAŁEGO INWALIDZTWA, CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Wypełniony formularz należy wraz z załącznikami przesłać za pośrednictwem Banku na adres:
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A., Dział Świadczeń, 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 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zmianami) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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 życie 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 życie 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"/> zgon Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> całkowita trwała niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku
<input type="checkbox"/> czasowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> poważne zachorowanie	

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 lub 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 ubezpieczenie innej niż PKO BP	Numer telefonu osoby zgłaszającej roszczenie innej niż PKO BP		
Data zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (zgonu, orzeczenia niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, zdiagnozowania poważnego zachorowania lub wypadku powodującego trwałe inwalidztwo)			

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
Nazwisko i imię pracownika Oddziału Banku	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 lub na dzień orzeczenia całkowitej trwałej niezdolności do pracy lub na dzień zajścia wypadku, który jest przyczyną trwałego inwalidztwa ubezpieczonego, zdiagnozowania poważnego zachorowania).

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)

Do zgłoszenia roszczenia należy dołączyć:

- 1) w przypadku zgonu ubezpieczonego Pożyczkobiorcy:
 - a) informację o wysokości zadłużenia Ubezpieczonego określonego na koniec dnia poprzedzającego dzień jego zgonu,
 - b) informację o wysokości kwoty pożyczki z umowy pożyczki w dniu jej zawarcia,
 - c) kopię oświadczenia ubezpieczonego Pożyczkobiorcy zmieniającego wskazanie uprawnionego do świadczenia (jeśli takie złożył),
 - d) kopię umowy pożyczki wraz z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki,
 - e) kopię deklaracji zgody,
- 2) w przypadku wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, trwałego inwalidztwa ubezpieczonego Pożyczkobiorcy:
 - a) informację o wysokości zadłużenia Ubezpieczonego wyznaczonego odpowiednio na koniec dnia:
 - orzeczenia całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
 - w którym nastąpił nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałego inwalidztwa,
 - b) kopię deklaracji zgody,
- 3) informację o udziale dochodów Ubezpieczonego w łącznych dochodach współubezpieczonych branych pod uwagę przy ustalaniu zdolności kredytowej,
- 4) inne dokumenty, o ile będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

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/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 NA ŻYCIE ERGO HESTIA S.A.
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
Z TYTUŁU ZGONU, CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, TRWAŁEGO INWALIDZTWA, CZASOWEJ
NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Osoba zgłaszająca roszczenie inna niż PKO BP przekazuje wypełniony formularz wraz z załącznikami na adres:
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zmianami) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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 życie 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 życie 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 ZGONU UBEZPIECZONEGO

Data zgonu	Wyciąg z aktu zgonu nr	Wystawionego dnia	Przez

Proszę określić przyczynę śmierci ubezpieczonego oraz imiona, nazwiska, adresy i telefony lekarzy, u których zmarły/a się leczył/a, a także adresy i telefony placówek służby zdrowia, w których ubezpieczony/a się leczył/a.

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BĘDĄCEGO PRZYCZYNĄ TRWAŁEGO INWALIDZTWA, CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Data, godzina, miejsce i okoliczności zdarzenia (wystąpienia wypadku, przyczyny niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania)

Rodzaj doznanych obrażeń
Nazwiska, adresy i telefony świadków wypadku
Kto udzielił pierwszej pomocy lekarskiej i gdzie poszkodowany leczył się po wypadku (nazwy placówek i adresy)

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

Czy w chwili zdarzenia, które spowodowało niezdolność do pracy bądź w chwili nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był w stanie **po użyciu alkoholu**? (Proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Do zgłoszenia roszczenia należy dołączyć:

- 1) w przypadku zgonu Ubezpieczonego:
 - a) skrócony odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego (do wglądu),
 - b) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
- 2) w przypadku wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, trwałego inwalidztwa:
 - a) oryginał lub potwierdzoną kopię decyzji organu rentowego o uznaniu Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy,
 - b) zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza, potwierdzającego niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym nieobecność Ubezpieczonego w pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy,
 - c) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku i leczenia,
- 3) informację o udziale dochodów Ubezpieczonego w łącznych dochodach współubezpieczonych branych pod uwagę przy ustalaniu zdolności kredytowej,
- 4) inne dokumenty, o ile będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

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.

(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