

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU UTRATY DOCHODU, TRWAŁEGO INWALIDZTWA (INWALIDZTWA), HOSPITALIZACJI

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

I. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZycIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014.1182 j.t.) 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.

Wszelkie terminy pisane z wielkiej litery przyjmują znaczenie nadane im we właściwych Warunkach Ubezpieczenia.

Numer roszczenia (wypełnia Ergo Hestia)	_____
--------------------------------------------	-------

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE)

Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie

<input type="checkbox"/>	Warunków Ubezpieczenia spłaty kredytu hipotecznego/pożyczki hipotecznej dla Klientów posiadających kredyty lub pożyczki hipoteczne udzielone przez PKO BP SA albo PKO Bank Hipoteczny SA
<input type="checkbox"/>	Warunków Ubezpieczenia utraty dochodu i trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku dla Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Inteligo w PKO BP SA
<input type="checkbox"/>	Warunków Ubezpieczenia utraty dochodu i trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku dla Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO BP SA
<input type="checkbox"/>	Warunków Ubezpieczenia utraty dochodu i trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku dla Kredytobiorców posiadających Kredyty Aurum/Platinum w PKO BP SA

Rodzaj zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego

<input type="checkbox"/>	Utrata Pracy w ramach Utraty Dochodu	<input type="checkbox"/>	Czasowa Niezdolność do Pracy w ramach Utraty Dochodu
<input type="checkbox"/>	Trwałe Inwalidztwo/Inwalidztwo	<input type="checkbox"/>	Hospitalizacja

III. INFORMACJE O OSOBIE, KTÓREJ DOTYCZY ZGŁASZANE ZDARZENIE (WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA ROSZCZENIE)

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy zgłaszane Zdarzenie Ubezpieczeniowe				_____			
PESEL osoby, której dotyczy zgłaszane Zdarzenie Ubezpieczeniowe				_____			
Adres zamieszkania osoby, której dotyczy zgłaszane Zdarzenie Ubezpieczeniowe		Ulica		Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość				Kod		_____	
Numer telefonu		Adres e-mail					
_____		_____					
Dokument tożsamości osoby, której dotyczy zgłaszane Zdarzenie Ubezpieczeniowe		Rodzaj dokumentu		Seria i numer		Wydany dnia	
						Wydany przez	
Data zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego				_____			
Numer umowy Kredytu/Pożyczki				Ilość Kredytobiorców/Pożyczkobiorców			
_____				_____			
Imię i nazwisko osoby, zgłaszającej roszczenie							

Adres zamieszkania osoby, zgłaszającej roszczenie		Ulica		Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość				Kod		_____	
Numer telefonu		_____					

Bank z którym zawarta została umowa Kredytu/Pożyczki (w odniesieniu do Kredytów Hipotecznych)

<input type="checkbox"/>	PKO Bank Polski SA	<input type="checkbox"/>	PKO Bank Hipoteczny SA
--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------



WYPEŁNIA AGENT (PKO BP SA)

I. ZAŁĄCZANE DOKUMENTY

<p>W przypadku Utraty Pracy w ramach Utraty Dochodu</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie o uzyskaniu statusu Bezrobotnego albo statusu Poszukującego Pracy</p> <p><input type="checkbox"/> ostatnia umowa o pracę</p> <p><input type="checkbox"/> świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia, w przypadku Zakończenia Wykonywania Działalności Gospodarczej - dokument potwierdzający fakt jej wykonywania oraz oświadczenie Ubezpieczonego o złożeniu wniosku o wykreślenie wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub zaświadczenie potwierdzające złożenie ww. wniosku, a w przypadku Ubezpieczonych wykonujących Działalność Gospodarczą w formie spółki osobowej - dokument potwierdzający rozwiązanie spółki osobowej zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych lub wniosek o wykreślenie spółki z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego wraz z potwierdzeniem jego przyjęcia na biurze podawczym właściwego sądu rejestrowego;</p> <p><input type="checkbox"/> kopia Umowy Kredytu/Pożyczki,</p> <p><input type="checkbox"/> Pierwotny Harmonogram Spłat (w sytuacji, kiedy jest to niezbędne dla określenia wysokości świadczenia),</p> <p>Przed każdorazową wypłatą Świadczenia miesięcznego</p> <p><input type="checkbox"/> potwierdzenie z Urzędu Pracy o pozostawaniu bezrobotnym za okres, w którym przypada termin płatności Raty.</p>	<p>W przypadku Czasowej niezdolności do pracy w ramach Utraty Dochodu</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA), określające przewidywany okres przerwy w pracy oraz, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, dodatkowo karta informacyjna z pobytu w szpitalu</p> <p><input type="checkbox"/> dokumenty, potwierdzające fakt zatrudnienia na jednej z podstaw zatrudnienia</p> <p>a) umowa o dzieło b) umowa zlecenia c) umowa agencyjna d) kontrakt żołnierski lub marynarski</p> <p><input type="checkbox"/> kopia Umowy Kredytu/Pożyczki</p> <p><input type="checkbox"/> Pierwotny Harmonogram Spłat (w sytuacji, kiedy jest to niezbędne dla określenia wysokości Świadczenia)</p> <p>Przed każdorazową wypłatą Świadczenia miesięcznego</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) za okres, w którym przypada termin płatności raty</p> <p>Przed każdorazową wypłatą Świadczenia miesięcznego</p> <p><input type="checkbox"/> dowody wypłat zasiłku chorobowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, o ile były opłacane składki chorobowe za danego Ubezpieczonego albo zaświadczeniem lekarskim potwierdzającym nieprzerwane trwanie Czasowej Niezdolności do Pracy - w przypadku Ubezpieczonych, za których nie są opłacane składki na ubezpieczenie chorobowe</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna dotycząca leczenia</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku, w przypadku gdy Nieszczęśliwy Wypadek jest przyczyną Czasowej Niezdolności do Pracy</p>
<p>W przypadku Trwałego Inwalidztwa/Inwalidztwa</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku i leczenia</p> <p><input type="checkbox"/> kopia umowy Kredytu/Pożyczki wraz ze stosownym Harmonogramem Spłat</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna określająca rodzaj uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, kwalifikowanego jako Trwałe Inwalidztwo</p>	<p>W przypadku Hospitalizacji</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna dotycząca Hospitalizacji, w tym karta wypisu ze Szpitala</p> <p><input type="checkbox"/> dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku i leczenia (jeżeli Hospitalizacja miała miejsce na skutek nieszczęśliwego wypadku).</p>

II. OŚWIADCZENIA I PODPISY

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie
.....	_____	
Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis i pieczęć funkcyjna Upoważnionego Pracownika PKO BP SA (OFWCA)
.....	_____	

Obowiązkiem Upoważnionego Pracownika PKO BP SA (OFWCA) jest dołączenie do wniosku Zgłoszenia roszczenia kopii Wniośko-Poliszy wraz z aktualnymi danymi Ubezpieczonego, o ile zmiana danych nastąpiła w trakcie Okresu Odpowiedzialności oraz kopii Pierwotnego Harmonogramu Spłat Pożyczki/ Pierwotnego Harmonogramu Spłat lub Aneksu.

WYPEŁNIA PRACOWNIK BANKU PKO BP SA

I. INFORMACJA O WYSOKOŚCI RATY POŻYCZKI/KREDYTU ALBO SALDA ZADŁUŻENIA POŻYCZKI GOTÓWKOWEJ/WPOŻYCZKI INTELIGO/KREDYTU AURUM/PLATINIUM ALBO KREDYTU HIPOTECZNEGO/POŻYCZKI HIPOTECZNEJ NA DZIEŃ ZAJŚCIA ZDARZENIA

Kwota PLN

.....

Przyznane świadczenie proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy (jeżeli uprawnienie do świadczenia jest przedmiotem cesji)

.....

II. OŚWIADCZENIA I PODPISY

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Pieczęć Banku PKO BP SA	Podpis i pieczęć upoważnionego Pracownika PKO BP SA
.....	_____		