

Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

- Należy wypełnić wszystkie części formularza podając prawdziwe i wyczerpujące informacje.
- Do wypełnionego formularza należy dołączyć kompletną dokumentację zgodnie z wykazem dokumentów wskazanym w formularzu w części „Informacje dla Zgłaszającego roszczenie”.
- Pomoc w wypełnieniu formularza można uzyskać kontaktując się z Infolinią Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. pod numerem telefonu: **48 370-48-48** (pon.-pt. 8.00-18.00).
- Wypełniony formularz wraz z dokumentami (skany lub kserokopie) należy wysłać na adres e-mail: **roszczenia@ubezpieczeniapocztowe.pl** lub listem poleconym na adres: Pocztové Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Graniczna 17, 26-604 Radom.

1. Numer Polisy/Certyfikatu

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2. trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> 3. inwalidztwo Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> 4. trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> 5. trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> 6. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu | <input type="checkbox"/> 7. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> 8. operacje chirurgiczne Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> 9. pobyt Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu | <input type="checkbox"/> 10. Inne |

Dane dotyczące Ubezpieczonego (Uprawnionego)

11. Imię <input type="text"/>	12. Nazwisko <input type="text"/>
13. Nazwisko rodowe <input type="text"/>	14. PESEL <input type="text"/>
15. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL) <input type="text"/>	16. Obywatelstwo <input type="text"/>
17. Państwo urodzenia <input type="text"/>	18. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu) <input type="text"/>
19. Seria i numer dokumentu tożsamości <input type="text"/>	

Adres zamieszkania Ubezpieczonego (Uprawnionego)

20. Ulica <input type="text"/>	21. Nr domu / mieszkania <input type="text"/>	22. Kod pocztowy <input type="text"/>	23. Miejscowość <input type="text"/>
24. Kraj <input type="text"/>			

Adres korespondencyjny oraz dane kontaktowe Ubezpieczonego (Uprawnionego) – wypełnić jak inny niż adres zamieszkania

25. Ulica <input type="text"/>	26. Nr domu / mieszkania <input type="text"/>	27. Kod pocztowy <input type="text"/>	28. Miejscowość <input type="text"/>
29. Telefon komórkowy <input type="text"/>	30. Adres e-mail <input type="text"/>		

Dane osoby reprezentującej ⁽¹⁾ Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Dane pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego/opiekuna/kuratora reprezentującego Uprawnionego będącego osobą fizyczną. Wypełnia przedstawiciel (np. pełnomocnik) Uprawnionego będącego osobą fizyczną. Do formularza należy obowiązkowo załączyć dokument potwierdzający umocowanie (np. pełnomocnictwo).

31. Imię <input type="text"/>	32. Nazwisko <input type="text"/>
33. PESEL <input type="text"/>	34. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL) <input type="text"/>
35. Obywatelstwo <input type="text"/>	36. Państwo urodzenia <input type="text"/>
37. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu) <input type="text"/>	38. Seria i numer dokumentu tożsamości <input type="text"/>

Opis zdarzenia

39. Data zdarzenia <input type="text"/>	40. Godzina <input type="text"/>
--	-------------------------------------

--

57. TAK 58. NIE

59. TAK 60. NIE

61. TAK 62. NIE

Nazwa i adres		Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA			
PROKURATURA			
SĄD			
POGOTOWIE RATUNKOWE			

Dokumenty złożone w celu rozpatrzenia roszczenia (prosimy zaznaczyć przekazane dokumenty):

- ☐ 71. kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (Podstawa prawna – art. 34 ust. 4 Ustawy z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu)
- ☐ 72. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego, etc.)
- ☐ 73. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
- ☐ 74. kopia dokumentacji medycznej z leczenia skutków urazu (historia choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań np.: RTG, USG, TK, MR, etc.)
- ☐ 75. kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli zdarzenie, w wyniku którego doszło do powstania szkody, było przedmiotem postępowania ww. organów)
- ☐ 76. kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek miał miejsce przy pracy lub w drodze do/z pracy)
- ☐ 77. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
- ☐ 78. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
- ☐ 79. kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej (w przypadku zgłoszenia trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej)
- ☐ 80. kopia zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy wystawionego na druku ZUS ZLA tj. L4 (w przypadku zgłoszenia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub rekonwalescencji poszpitalnej)
- ☐ 81. inne

w przypadku inwalidztwa Dziecka Ubezpieczonego dodatkowo:

☐ 82. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka

83. kopia zaświadczenia o nauce w szkole lub na uczelni wyższej (jeżeli Dziecko ukończyło 18 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia oraz kontynuuje naukę)

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.

84. Przelew na rachunek bankowy numer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

87. Ulica

88. Nr domu / mieszkania 89. Kod pocztowy 90. Miejscowość

1. Administrator danych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.** z siedzibą w Warszawie (02-685), przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8 („**towarzystwo**”).

e-mail: IODO@ubezpieczeniapocztowe.pl

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- #### 4. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa, dotyczących przetwarzania w szczególności danych osobowych, przetwarzanych w ramach świadczenia usług finansowania i zarządzania ryzykiem.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji i innym zakładom ubezpieczeń oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa,

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania

7. Organ nadzoru

Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne⁽²⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu

- Jest świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia/oświadczeń.

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi na „Tak” wymagane jest wypełnienie danych w zakresie źródeł majątku Ubezpieczonego (Uprawnionego) i źródeł pochodzenia wartości majątkowych.

☐ 97. umowa o pracę ☐ 98. działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód ☐ 99. spadek ☐ 100. kredyt ☐ 101. darowizna ☐ 102. wygrana losowa ☐ 103. emerytura lub renta

Jednocześnie zobowiązuję się do aktualizacji podanych danych w przyszłości.

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

105. Imię	106. Nazwisko
-----------	---------------

112. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu) 113. Seria i numer dokumentu tożsamości

114. Ulica _____

- [illegible]

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2

119. Imię

120. Nazwisko

121. Nazwisko rodowe

122. PESEL

123. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

DD / MM / RRRR

124. Obywatelstwo

125. Państwo urodzenia

126. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)

127. Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania beneficjenta rzeczywistego nr 2

128. Ulica

129. Nr domu / nr lokalu

130. Kod pocztowy

131. Miejscowość

132. Kraj

W przypadku wskazania w formularzu beneficjenta rzeczywistego należy podać następującą informację:

1.

Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

133. Tak

134. Nie
2.

Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

135. Tak

136. Nie
3.

Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 1 jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

137. Tak

138. Nie
4.

Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

139. Tak

140. Nie
5.

Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

141. Tak

142. Nie
6.

Informuję, że wskazany beneficjent rzeczywisty nr 2 jest osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

143. Tak

144. Nie

Oświadczenia Ubezpieczonego

1.

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przez mnie nieprawdziwych informacji w celu osiągnięcia korzyści majątkowych może narazić mnie na odpowiedzialność karną.
2.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A dostępnym na stronie internetowej www.ubezpieczeniapocztowe.pl

145. Tak

146. Nie
3.

Przystępując do Poczтового Ubezpieczenia na Życie zrezygnowałem/am z innego ubezpieczenia grupowego na życie

147. Tak

148. Nie

149. Data rezygnacji z wcześniejszego ubezpieczenia

DD / MM / RRRR

Zgody Ubezpieczonego

Wyrażenie zgód, o których mowa w pkt 1–3 poniżej, jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego i zasadności zgłoszonych roszczeń. Ich niewyrażenie uniemożliwi rozpatrzenie sprawy. Ponadto wszelką dokumentację, która będzie niezbędna na etapie likwidacji roszczenia będzie Pani/Pan zobowiązana/y uzyskać i dostarczyć do Towarzystwa we własnym zakresie co znacząco wydłuży postępowanie likwidacyjne.

1.

Tak

Nie

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez PTUnŻ od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, dotyczących mnie informacji oraz dokumentacji medycznej o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, ze stanem mojego zdrowia, z weryfikacją podanych przeze mnie danych, a także informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym informacji, po mojej śmierci.
2.

Tak

Nie

Wyrażam zgodę na zasięganie przez PTUnŻ informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek medycznych, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej, w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia.
3.

Tak

Nie

Wyrażam zgodę na udostępnianie innym zakładom ubezpieczeń i uzyskiwanie przez PTUnŻ od innych zakładów ubezpieczeń dotyczących mnie informacji w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń.
4.

Tak

Nie

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego roszczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszym zgłoszeniu. Mam świadomość, że w każdej chwili mogę zażądać przesyłania korespondencji w formie pisemnej.
5.

Tak

Nie

Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznanych świadczeniu.

150. Miejscowość

151. Data

DD / MM / RRRR

152. Podpis Ubezpieczonego

(1)

Osoba reprezentująca – osoba upoważniona do działania w imieniu Uprawnionego.

(2)

Osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne – oznacza osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

a)

szeów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,

b)

członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,

c)

członków organów zarządzających partii politycznych,

d)

członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,

e)

członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,

f)

ambasadorów, charges d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8, 02-685 Warszawa, zarejestrowane w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem KRS: 0000537026 w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, NIP: 5213687070, kapitał zakładowy 30 000 000,00 zł w całości opłacony.

- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
 - h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
 - i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.
- ⁽³⁾ Beneficjent rzeczywisty – oznacza osobę fizyczną lub osoby fizyczne sprawujące bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad Uprawnionym poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez Uprawnionego, lub osobę fizyczną lub osoby fizyczne, w imieniu których są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna. Przez beneficjenta rzeczywistego typowo rozumie się osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują nad Uprawnionym kontrolę prawną lub faktyczną albo mają na niego wpływ.
- ⁽⁴⁾ Członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – oznacza:
- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
 - b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
 - c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.
- ⁽⁵⁾ Osoba znana jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne:
- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
 - b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.