

Zgłoszenie roszczenia o odszkodowanie (Ubezpieczenie Kart Banku Pocztowego S.A)

www.pocztywy.pl
informacja@pocztywy.pl
tel. 52 34 99 499
infolinia 801 100 500*



I. Dane Posiadacza karty

Nazwisko _____ Imię _____
data urodzenia DD MM RRRR PESEL _____

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____
Ulica/Wieś _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____
Województwo _____ Fax _____
Telefon _____ Telefon komórkowy _____
Adres poczty elektronicznej _____

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania):

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____
Ulica/Wieś _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____
Województwo _____ Fax _____
Telefon _____ Telefon komórkowy _____
Adres poczty elektronicznej _____

Nazwa Banku _____
Nr rachunku Posiadacza karty, _____
na który ma zostać przekazane odszkodowanie: _____

II. Dane Użytkownika karty (jeżeli są inne niż Posiadacza karty)

Imię i nazwisko (inicjały) Użytkownika wyfoczone na karcie:

Nazwisko _____ Imię _____
data urodzenia DD MM RRRR PESEL _____

III. Informacje dotyczące szkody:

Nazwa karty _____ Numer karty _____
Karta ważna do: DD MM RRRR

Zgłoszenie dotyczy:

Nieuprawnione użycie karty: Tak wartość nieuprawnionych transakcji: _____, _____ zł

Rabunek gotówki wypłaconej z bankomatu/POS: Tak wartość zrabowanej gotówki: _____, _____ zł

Rabunek kart i dokumentów: Tak

Łączna wartość udokumentowanych kosztów odtworzenia/
wydania nowych kart i/lub dokumentów tożsamości: _____, _____ zł

data DD MM RRRR

godzina stwierdzenia braku karty i/lub dokumentów i/lub rabunku gotówki: _____, _____

data DD MM RRRR

godzina oraz miejsce wypłaty gotówki z bankomatu/POS-u (dotyczy rabunku gotówki): _____, _____

- czy numer PIN był zapisany na karcie lub znajdował się w dokumentach utraconych razem z kartą: Tak Nie

- czy kradzież lub utrata dotyczy karty pozostawionej bez zabezpieczenia w ogólnie dostępnym miejscu publicznym?

Tak Nie

- czy zdarzenie jest wynikiem umyślnego działania osób pozostających z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym?

Tak Nie

- czy fakt stwierdzenia utraty karty został zgłoszony do banku w celu jej unieważnienia Tak Nie

Data DD MM RRRR godzina zgłoszenia: _____, _____

- czy zdarzenie zostało zgłoszone na policję Tak Nie

Data DD MM RRRR godzina zgłoszenia: _____, _____

jednostka policji: _____

Wypełnić piśmem drukowanym - kolorem czarnym lub niebieskim - znakiem X zaznaczyć właściwe pole

Szczegółowy opis zdarzenia:

Jeżeli, którekolwiek zdarzenie jest objęte ubezpieczeniem w innym zakładzie ubezpieczeń, prosimy o podanie:

Nazwa _____
adres zakładu ubezpieczeń: _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____
Ulica/Wieś _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____
Nazwa ubezpieczenia _____
Nr polisy ubezpieczeniowej: _____

Informacja:

Podanie powyższych danych jest niezbędne w celu likwidacji przez T UW Poczto we zgłaszanej przez Panią/Pana szkody. Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego „ciążar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poczto we Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie, ul. Ratuszowa 7/9.
Dane te są przetwarzane w celu i zakresie niezbędnym do realizacji Umowy Generalnej Ubezpieczenia Kart Banku Poczto wego SA
Osoba, której dane dotyczą ma prawo wglądu do swoich danych osobowych, prawo do ich poprawiania oraz prawo wnoszenia sprzeciwu lub pisemnego żądania zaprzestania ich przetwarzania zgodnie z art. 32 ust. 1 pkt.6, 7, 8 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 Nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

Oświadczenie:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym zgłoszeniu są zgodne ze stanem faktycznym.
Jednocześnie wyrażam zgodę i upoważniam Bank Poczto we S.A. do przekazywania T UW Poczto we jako ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową oraz moich danych osobowych w celu ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

Data D D M M R R R R Miejscowość _____

Czytelny podpis **Ubezpieczonego**

Do zgłoszenia powinny być dołączone następujące dokumenty:

Ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty:

kopia miesięcznego wyciągu lub zbiorcze zestawienie operacji, ze wskazaniem operacji dokonanych w ciężar rachunku bez zgody i wiedzy Ubezpieczonego
poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia wydane przez Policję w przypadku rabunku lub kradzieży karty,

Ubezpieczenie rabunku gotówki pobranej z bankomatu/POS-u:

dowód dokonania wypłaty gotówki z bankomatu lub POS-u wydruk z bankomatu lub kopia miesięcznego zestawienia operacji, ze wskazaniem dnia, godziny, miejsca zdarzenia
poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia wydane przez Policję

Ubezpieczenie rabunku kart i dokumentów:

kopie dokumentów potwierdzających koszty wydania nowych kart i/lub dokumentów tożsamości,
Poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia wydane przez Policję

Wypełnione i podpisane zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentami powinno zostać dostarczone do T UW Poczto we, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia zajścia zdarzenia, na adres:

Poczto we Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

Biuro Likwidacji Szkód

03-450 Warszawa, ul. Ratuszowa 7/9

FAX: 22 203 27 17

e-mail: poczta@tuwpoczto we.pl