

Formularz zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia dla Kredytobiorców Banku Pocztowego S.A. w zakresie ryzyka utraty pracy lub nieszczęśliwego wypadku

1. Numer polisy

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego

2. Utrata pracy 3. Nieszczęśliwy wypadek

Dane dotyczące Ubezpieczonego

4. Imię

5. Nazwisko

6. Nazwisko rodowe

7. PESEL

Adres korespondencyjny oraz dane kontaktowe Ubezpieczonego

8. Ulica

9. Nr domu / mieszkania

10. Kod pocztowy

11. Miejscowość

12. Telefon komórkowy

13. Adres e-mail

14. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony posiadał prawo do świadczeń emerytalnych albo rentowych?

15. Tak 16. Nie

17. Czy dokonano wcześniejszej spłaty całości zadłużenia z tytułu Umowy kredytu przed upływem okresu kredytowania?

18. Tak 19. Nie

Informacje dotyczące utraty pracy (wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty pracy)

Przyczyna utraty pracy:

20. utrata zatrudnienia z powodu wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę albo rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia bez winy pracownika albo rozwiązania umowy przez pracownika, jeśli rozwiązanie umowy o pracę było skutkiem wydania orzeczenia lekarskiego stwierdzającego szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie Ubezpieczonego, a pracodawca nie przeniósł go w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan jego zdrowia i kwalifikacje zawodowe lub ciężkiego naruszenia przez pracodawcę podstawowych obowiązków pracowniczych w stosunku do Ubezpieczonego
21. ogłoszenie upadłości spółki lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku osób pozostających w stosunku pracy ze spółką kapitałową, w której posiadają więcej niż 10% kapitału zakładowego)
22. wypowiedzenie kontraktu menedżerskiego przez zatrudniającego (w przypadku osób zatrudnionych na podstawie kontraktu menedżerskiego)
23. zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej i ogłoszenia upadłości lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą)

Informacje dotyczące nieszczęśliwego wypadku (wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku)

24. Data

25. Godzina

26. Miejsce zdarzenia

27. Opis zdarzenia

28. Rodzaj obrażeń odniesionych wskutek zgłaszanego zdarzenia

Czy byli świadkowie zajścia wypadku? 29. Tak 30. Nie 31. Nie wiem

32. Jeżeli byli świadkowie zajścia wypadku – prosimy o podanie nazwisk, adresów i numerów telefonów kontaktowych

33. Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku był kierowcą pojazdu – prosimy o podanie nr i kat. prawa jazdy

Czy wypadek zgłoszono na Policji? 34. Tak 35. Nie 36. Nie wiem

37. Jeżeli wypadek zgłoszono na Policji, prosimy o podanie danych jednostki Policji

Czy w chwili zajścia Ubezpieczony pozostawał w stanie nietrzeźwości, w stanie po spożyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, pod wpływem środków psychotropowych, pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 listopada 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii? 38. Tak 39. Nie 40. Nie wiem

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku wyczynowo uprawiał sport lub uprawiał sporty wysokiego ryzyka (w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia) 41. Tak 42. Nie 43. Nie wiem

44. Jeśli Ubezpieczony w chwili wypadku uprawiał sport lub uprawiał sporty wysokiego ryzyka – prosimy o podanie uprawianej dyscypliny sportu oraz podanie danych klubu sportowego

45. Istniejące przed wypadkiem uszkodzenia ciała

46. Istniejące w dniu wypadku choroby

Informacje dla Zgłaszającego roszczenia

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

W przypadku zgłoszenia zdarzenia polegającego na Utracie pracy:

47. oświadczenie Banku o wysokości i terminach płatności Rat kredytu zgodnych z aktualnym, na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty
48. oświadczenie Banku o wysokości i terminach płatności Rat kredytu zgodnych z aktualnym, na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty
49. zaświadczenie lub decyzja wydana przez powiatowy urząd pracy o uzyskaniu statusu bezrobotnego i nabyciu uprawnień do zasiłku dla bezrobotnych, ze wskazaniem na jaki okres zasiłek został przyznany
50. kopia świadectwa pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia (w przypadku osób, które nabyły status bezrobotnego wskutek utraty pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę)
51. postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości lub o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania sądowego (w przypadku osób, które nabyły Status bezrobotnego wskutek zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego)
52. oświadczenie Ubezpieczonego, iż od utraty pracy nie wykazuje on żadnej aktywności zarobkowej

W przypadku zgłoszenia zdarzenia polegającego na Nieszczęśliwym wypadku:

53. kopia dokumentu potwierdzającego dane osobowe Ubezpieczonego
54. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego, etc.)
55. kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli wypadek był przedmiotem postępowania któregośkolwiek z niniejszych organów)
56. kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek miał miejsce przy pracy lub w drodze do/z pracy)
57. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
58. oświadczenie Banku o wysokości i terminach płatności Rat kredytu zgodnych z aktualnym, na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty
59. inne (podać jakie)

Dyspozycja wypłaty świadczenia

60. Przelew na rachunek bankowy numer:

Dane właściciela rachunku

61. Imię

62. Nazwisko

63. Ulica

64. Nr domu / mieszkania

65. Kod pocztowy

66. Miejscowość

Klauzule informacyjne

1. Administrator danych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **AGRO Ubezpieczenia - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych** z siedzibą w Warszawie (02-685), przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8 („Towarzystwo”).

2. Inspektor Ochrony Danych

e-mail: IODO@agroubezpieczenia.pl

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- 1) wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a także zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- 2) dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 3) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 4) rachunkowych, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione,
- 5) podatkowych, przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy wynikający z rozliczenia zawartej umowy,
- 6) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Towarzystwa – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 7) reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa.

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 wynikającego z przepisów prawa dotyczących rachunkowości.

