

**Zgłoszenie roszczenia
z tytułu śmierci
Ubezpieczonego wskutek
nieszczęśliwego wypadku
/ ryczału na pokrycie
kosztów pogrzebu
Ubezpieczonego¹**

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

A. Informacje o Ubezpieczonym i Uposażonym

Ubezpieczony

Nazwisko _____

Imiona _____

PESEL _____

Uposażony

Nazwisko _____

Imiona _____

Adres zameldowania _____

Adres korespondencyjny _____

PESEL _____

Nr telefonu: kontaktowego _____

Adres e-mail: _____

B. Informacje odnośnie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczenia.

Data wypadku _____ Miejsce wypadku _____

Opis zdarzenia _____

Przyczyna śmierci _____

¹ zgodnie ze Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia dla Posiadaczy Rachunków Oszczędnościowo-Rozliczeniowych w Banku Pocztowym S.A z dnia 12 marca 2015, świadczenie z tytułu ryczału na pokrycie kosztów pogrzebu Ubezpieczonego jest objęte ochroną ubezpieczeniową w zakresie Pakietu II, a w zakresie Pakietu I nabycie przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych albo rentowych skutkuje ustaniem ochrony w zakresie zdarzenia polegającego na utracie pracy i w zamian (z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień emerytalnych albo rentowych) automatycznym przyznaniem temu Ubezpieczonemu uprawnienia do otrzymania ryczału na pokrycie kosztów pogrzebu na warunkach określonych w Pakiecie II, z zastrzeżeniem, że utrata uprawnień emerytalnych lub rentowych skutkuje ponownym objęciem ochroną ubezpieczeniową w zakresie zdarzenia polegającego na utracie pracy i utratą uprawnienia do otrzymania ryczału na pokrycie kosztów pogrzebu

Czy byli świadkowie zajścia wypadku? TAK NIE NIE WIEM - Jeśli TAK, prosimy o podanie nazwisk, adresów i telefonów kontaktowych _____

Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy – podać nr i kat. Prawa jazdy _____

Czy wypadek zgłoszono na Policji? TAK NIE NIE WIEM Jeśli TAK, prosimy o podanie 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? TAK NIE NIE WIEM

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku uprawia sport wyczynowy lub zawodowy (w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia) TAK NIE NIE WIEM - Jeśli TAK, prosimy o podanie uprawianej dyscypliny sportu oraz podanie klubu sportowego: _____

Załączniki do wniosku (kopie):

- odpis skrócony aktu zgonu,
- zaświadczenie z Policji,
- statystyczna karta zgonu,
- zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu,
- postanowienie o umorzeniu lub inne decyzje z Prokuratury,
- kopię dokumentu tożsamości osoby Uposażonej,
- inne (podać jakie) _____

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych korespondencji związanej ze zgłoszeniem szkody drogą elektroniczną na następujący adres e-mail _____

Oświadczam, iż:

1. wszystkie zawarte w niniejszym wniosku informacje i oświadczenia są zgodne z moją najlepszą wiedzą,
2. jestem świadoma/y, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, administratorem moich danych osobowych podanych w niniejszym zgłoszeniu będzie Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (adres: ul. Domaniewska 50A, 02-672 Warszawa), a moje dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Podanie przeze mnie wskazanych w niniejszym zgłoszeniu danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Podpis Zgłaszającego