

Zgłoszenie roszczenia z tytułu utraty pracy¹

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

A. Informacje o Ubezpieczonym

Nazwisko _____

Imiona _____

Adres korespondencyjny _____

PESEL _____

Nr telefonu: _____ Adres e-mail: _____

Utrata pracy nastąpiła wskutek:

- rozwiązania umowy o pracę TAK / NIE *
- zaprzestania prowadzenia przeze mnie działalności gospodarczej TAK / NIE *

B. Informacje o rozwiązaniu umowy o pracę * (wypełniać jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek rozwiązania stosunku pracy)

1. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy? TAK / NIE *
2. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony miał prawo do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy ustalone przez właściwy organ rentowy? TAK / NIE *
3. Czy rozwiązanie lub wypowiedzenie umowy o pracę przez Ubezpieczonego było skutkiem wydania orzeczenia lekarskiego stwierdzającego szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie Ubezpieczonego, a pracodawca nie przeniósł Ubezpieczonego w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan zdrowia i kwalifikacje zawodowe? TAK / NIE *
4. Czy rozwiązanie przez Ubezpieczonego stosunku pracy było spowodowane ciężkim naruszeniem przez pracodawcę podstawowych obowiązków pracowniczych w stosunku do Ubezpieczonego? TAK / NIE *
5. Czy utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem umowy o pracę na mocy porozumienia stron? TAK / NIE *
6. Czy utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia na podstawie art. 52 lub art. 53 Kodeksu pracy, tj. z winy Ubezpieczonego bądź z uwagi na długotrwałą nieobecność w pracy przekraczającą okresy wskazane w art. 53 Kodeksu? TAK / NIE *
7. Czy utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia umowy o pracę zawartej na czas określony w związku z jej upływem z powodu zakończenia okresu, na jaki została zawarta? TAK / NIE *
8. Czy utrata pracy nastąpiła w wyniku ukończenia pracy, dla której wykonania umowa o pracę z Ubezpieczonym została zawarta? TAK / NIE *
9. Czy po utracie pracy Ubezpieczonego otrzymuje od pracodawcy jakiegokolwiek okresowe świadczenie przez co najmniej 3 miesiące związane z wykonywaną wcześniej pracą, w wysokości przekraczającej 50% kwoty wynagrodzenia które byłoby należne Ubezpieczonemu od pracodawcy gdyby Pracodawca nadal pozostawał z nim w stosunku pracy – w okresie pobierania tego świadczenia? TAK / NIE *
10. Czy utrata pracy nastąpiła w wyniku aktów przemocy, aktów terroru, działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego? TAK / NIE *

¹ zgodnie ze Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia dla Posiadaczy Rachunków Oszczędnościowo-Rozliczeniowych w Banku Pocztowym S.A. z dnia 12 marca 2015 r., świadczenie z utraty pracy jest objęte ochroną ubezpieczeniową 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 ryczałtu 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 ryczałtu na pokrycie kosztów pogrzebu.

11. Czy przed podpisaniem przez Ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
- złożono Ubezpieczonemu pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę? TAK / NIE *
 - zakomunikowano na piśmie zakładowej organizacji związkowej zamiarze wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę? TAK / NIE *
 - pisemnie zawiadomiono zakładową organizację związkową albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych? TAK / NIE *
 - poinformowano Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę? TAK / NIE *

C. Informacja o zaprzestaniu działalności gospodarczej (wypełniać jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej)

- Czy utrata pracy nastąpiła w wyniku aktów przemocy, aktów terroru, działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego? TAK / NIE *
- Czy przed podpisaniem przez Ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia złożono w stosunku do Ubezpieczonego wniosek o ogłoszenie upadłości? TAK / NIE *

D. Wniosek i oświadczenia Ubezpieczonego

Wnioskuje o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu utraty pracy:

- na rachunek nr:
- przekazem pocztowym na adres:

Załączniki do wniosku (kopie):

- zaświadczenia wydanego przez powiatowy urząd pracy o uzyskaniu przez Panią/Pana statusu bezrobotnego i nabyciu uprawnień do zasiłku dla bezrobotnych,
- kopię świadectwa pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia (dołączyć jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek rozwiązania stosunku pracy),
- oświadczenia Ubezpieczonego o zaprzestaniu działalności gospodarczej (dołączyć jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej),
- odpis postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości lub o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania sądowego wraz ze stwierdzeniem prawomocności (dołączyć jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej),
- inne (podać jakie) _____

Oświadczam, iż:

- wszystkie zawarte w niniejszym wniosku informacje i oświadczenia są zgodne z moją najlepszą wiedzą,
- 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 Pocztowne 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

* niepotrzebne skreślić