

25. Czy na miejsce zdarzenia była wzywana Policja lub Służby Ratunkowe?

26. TAK 27. NIE

28. Czy w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie przez organy Policji, Prokuratury lub Sądu?

29. TAK 30. NIE

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

31. 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? 32. TAK 33. NIE 34. NIE WIEM

Informacja dla Zgłaszającego roszczenie

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

35. kopia dowodu osobistego Ubezpiezonego
 36. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjść, Pogotowia Ratunkowego, etc.)
 37. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
 38. 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)
 39. kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli wypadek był przedmiotem postępowania któregośkolwiek z niniejszych organów)
 40. kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek miał miejsce przy pracy lub w drodze do/z pracy)
 41. kopia dokumentu upoważniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
 42. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
 43. kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej (w przypadku zgłoszenia trwałej niezdolności Ubezpiezonego do pracy zarobkowej)
 44. inne

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

Dyspozycja wypłaty świadczenia

45. Przelew na rachunek bankowy numer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Dane właściciela rachunku

46. Imię

47. Nazwisko

48. Ulica

49. Nr domu / mieszkania

50. Kod pocztowy

51. Miejscowość

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Oświadczenia Ubezpiezonego

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.
2. 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.
3. Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznanej świadczeniu.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych dostępnym na stronie internetowej www.ubezpieczeniapocztowe.pl
5. Upoważniam lekarzy, szpitale oraz inne placówki opieki zdrowotnej do udzielenia Pocztowemu Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych w celu ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości lub przyczyny mojej śmierci - informacji o moim stanie zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego (w tym wykonanych w ich trakcie badań diagnostycznych i ich wyników oraz innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań) oraz wyników przeprowadzonych konsultacji. Wyrażam zgodę na udostępnienie w powyższym zakresie Pocztowemu Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych dokumentacji medycznej przez podmioty udzielające mi świadczeń zdrowotnych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie powyższych informacji i dokumentacji po mojej śmierci, w tym również o wynikach sekcji zwłok, jeśli zostanie przeprowadzona.
6. Upoważniam Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych do wystąpienia z żądaniem do innych zakładów ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia i jego wysokości.
7. * Upoważniam Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych do wystąpienia z wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia o udostępnienie danych przetwarzanych w systemach Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących udzielonych mi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, a także przyczyny mojej śmierci.
8. 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 Pocztowe 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.

52. Miejscowość

53. Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

54. Podpis Ubezpiezonego

* w przypadku wyrażenia zgody prosimy o wpisanie znaku „X”