

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

DOTYCZY UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY PRACY I UZYSKANIA STATUSU BEZROBOTNEGO  
ORAZ LECZENIA SZPITALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH  
BANKU POCZTOWEGO S.A.

### A. NUMER POLISY /POLE WYMAGANE/

### B. DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY – ULICA, MIEJSCOWOŚĆ<sup>2</sup>

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA, MIEJSCOWOŚĆ

NUMER TELEFONU

ADRES E-MAIL /DRUKOWANE LITERY/

### C. TYP ROSZCZENIA /PROSIMY ZAZNACZYĆ „X” WŁAŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANEGO UBEZPIECZENIA/

UTRATA PRACY

LECZENIE SZPITALNE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

### D. DATA I GODZINA ZDARZENIA

W DNIU

### E. POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRZYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:

PRZELEWEM NA KONTO

NUMER

DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO /IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES/

DATA

MIEJSCE PODPISANIA

CZYTELNY PODPIS UPRAWNIONEGO /IMIEM I NAZWISKIEM/

### F. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA – DOTYCZY UTRATY PRACY

Oświadczenie Ubezpieczonego:

Oświadczam, że od dnia Utraty pracy nie wykazuję aktywności zarobkowej w rozumieniu Warunków ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy i uzyskania Statusu bezrobotnego oraz Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku kredytobiorców kredytów hipotecznych Banku Pocztowego S.A.

DATA

MIEJSCE PODPISANIA

CZYTELNY PODPIS UPRAWNIONEGO/UBEZPIECZONEGO

