

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

DOTYCZY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE, NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
ORAZ LECZENIA SZPITALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH
BANKU POCZTOWEGO S.A.

A. NUMER POLISY /POLE WYMAGANE/

B. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

C. DANE UPRAWNIONEGO

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ADRES KORESPONDENCYJNY – ULICA, MIEJSCOWOŚĆ ²

NUMER DOMU

NUMER MIESZK.

KOD POCZTOWY

POCZTA, MIEJSCOWOŚĆ

OBYWATELSTWO

NUMER TELEFONU

ADRES E-MAIL /DRUKOWANE LITERY/

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

ŚMIERĆ

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

LECZENIE SZPITALNE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

E. DATA I GODZINA ZDARZENIA

W DNIU

O GODZINIE

F. POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRZYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIA 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/

G. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA – DOTYCZY ŚMIERCI

1. Czy w związku z zdarzeniem było prowadzone dochodzenie przez policję lub prokuraturę?

TAK

NIE

Jeśli tak to prosimy o podanie adresów, ewentualnie dołączenie dokumentacji: protokołu policyjnego, BHP, postanowienia prokuratorskiego

2. Jeśli zdarzenie nastąpiło przed upływem dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia prosimy o podanie nazwy i adresu przychodni rejonowej lub lekarza rodzinnego, z porad którego korzystał Ubezpieczony

H. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA – DOTYCZY TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Prosimy o krótki opis zdarzenia (opis postawionego rozpoznania, opis wypadku)

2. Czy w związku z zdarzeniem było prowadzone dochodzenie przez policję lub prokuraturę?

TAK

NIE

Jeśli tak to prosimy o podanie adresów, ewentualnie dołączenie dokumentacji: protokołu policyjnego, BHP, postanowienia prokuratorskiego

3. Prosimy o podanie nazwy i adresu przychodni rejonowej lub lekarza rodzinnego, z porad którego Pan/Pani korzysta oraz adresu placówki medycznej, bądź lekarza stawiającego diagnozę, a także kopii wykonywanych badań, kart leczenia szpitalnego

4. Prosimy o podanie daty od kiedy nieprzerwanie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim

Od d d m m r r r r r r

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA – DOTYCZY LECZENIA SZPITALNEGO NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

1. Przebieg oraz przyczyna zdarzenia ubezpieczeniowego

2. Czy w związku z zdarzeniem było prowadzone dochodzenie przez policję lub prokuraturę?

TAK

NIE

Jeśli tak to prosimy o podanie adresów, ewentualnie dołączenie dokumentacji: protokołu policyjnego, BHP, postanowienia prokuratorskiego

3. Kto i gdzie udzielał poszkodowanemu pierwszej pomocy (jeżeli pierwszej pomocy udzielał lekarz prosimy o dołączenie kopii Karty informacyjnej lub podanie nazwy i adresu placówki.

