

Formularz zgłoszenia roszczenia

z tytułu utraty pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków

1. Seria i nr polisy

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego

2. Utrata pracy

3. Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków

4. Data zdarzenia/uzyskania statusu bezrobotnego

5. Godzina*

6. Miejsce zdarzenia*

*Nie dotyczy zdarzenia ubezpieczeniowego: utrata pracy

Dane Ubezpieczonego

7. Imię

8. Nazwisko

9. Nazwisko rodowe

10. Obywatelstwo

11. Data urodzenia

12. PESEL

13. Typ dokumentu tożsamości

14. Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres korespondencyjny oraz dane kontaktowe

15. Ulica

16. Nr domu/mieszkania

17. Kod pocztowy

18. Miejscowość

19. Telefon

20. Adres e-mail

Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony posiadał prawo do świadczeń emerytalnych albo rentowych?

21. Tak

22. Nie

Informacje dotyczące utraty pracy

Przyczyna utraty pracy:

- utrata zatrudnienia z powodu wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę albo rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia bez winy pracownika albo rozwiązania umowy przez pracownika, jeśli rozwiązanie umowy o pracę było skutkiem wydania orzeczenia lekarskiego stwierdzającego szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie Ubezpieczonego, a pracodawca nie przeniósł go w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan jego zdrowia i kwalifikacje zawodowe lub ciężkiego naruszenia przez pracodawcę podstawowych obowiązków pracowniczych w stosunku do Ubezpieczonego
- ogłoszenie upadłości spółki lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku osób pozostających w stosunku pracy ze spółką kapitałową, w której posiadają więcej niż 10% kapitału zakładowego)
- wypowiedzenie kontraktu menedżerskiego przez zatrudniającego (w przypadku osób zatrudnionych na podstawie kontraktu menedżerskiego)
- zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania

Informacje dotyczące leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku

23. Opis zdarzenia

Czy w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie przez policję, prokuraturę lub sąd?

24. Tak

25. Nie

	Nazwa i adres	Data powiadomienia	Sygnatura akt
POLICJA			
PROKURATURA			
SĄD			

26. Przebieg leczenia Ubezpieczonego

Lp.	Nazwa placówki (zakładu leczniczego)	Data początku leczenia	Adres placówki (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

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

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty pracy:

- zaświadczenie wystawione przez Bank Pocztowy S.A. o wysokości i terminach płatności rat kredytu zgodnych z aktualnym na dzień zdarzenia harmonogramem spłat kredytu
- zaświadczenie lub decyzja wydana przez powiatowy urząd pracy o uzyskaniu statusu bezrobotnego i nabyciu uprawnień do zasiłku dla bezrobotnych, ze wskazaniem na jaki okres zasiłek został przyznany
- kopia świadectwa pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia (w przypadku osób, które nabyły status bezrobotnego wskutek utraty pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę)
- dokument potwierdzający wyrejestrowanie działalności gospodarczej (w przypadku osób, które nabyły status bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej)
- kopia postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku osób, które nabyły status bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej)
- oświadczenie Ubezpieczonego, iż od utraty pracy nie wykazuje żadnej aktywności zarobkowej

W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków:

- zaświadczenie wystawione przez Bank Pocztowy S.A. o wysokości i terminach płatności rat kredytu zgodnych z aktualnym na dzień zdarzenia harmonogramem spłat kredytu
- kopia dokumentu potwierdzającego uzyskiwanie przez Ubezpieczonego w dniu zdarzenia dochodu z tytułu emerytury lub renty stałej
- karta informacyjna leczenia szpitalnego
- 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.)
- kopia dokumentacji z policji, prokuratury lub sądu (jeżeli wypadek był przedmiotem postępowania któregośkolwiek z wymienionych organów)

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, w przypadku gdyby powyższe okazały się niewystarczające dla ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia.

Dyspozycja wypłaty świadczenia

27. Przelew na rachunek

--	--	--	--	--	--	--

Dane właściciela rachunku

28. Imię

29. Nazwisko

30. Ulica

31. Nr domu/mieszkania /

32. Kod pocztowy -

33. Miejscowość

Oświadczenia Zgłaszającego

- Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość oświadczeń potwierdzam własnoręcznym podpisem.
- 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. 34. Tak 35. Nie
- Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznaniu świadczenia. 36. Tak 37. Nie
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych dostępnym na stronie internetowej www.ubezpieczeniapocztowe.pl. 38. Tak 39. Nie
- Upoważniam lekarzy, szpitale oraz inne placówki opieki zdrowotnej do udzielenia Pocztowemu Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych, w celu ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości, 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, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. 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.
- 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 informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia i jego wysokości, w tym informacji o przyczynie mojej śmierci. 40. Tak 41. Nie
- 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, w tym także przyczyny mojej śmierci. 42. Tak 43. Nie
- Jestem świadomy/a, 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. Rodziny Hiszpańskich 8, 02-685 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.

44. Miejscowość

45. Data / /

46. Podpis Zgłaszającego