

# Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków

**PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ**

1. Należy wypełnić wszystkie części formularza podając prawdziwe i wyczerpujące informacje.
2. Do wypełnionego formularza należy dołączyć kompletną dokumentację zgodnie z wykazem dokumentów wskazanym w formularzu w części „Informacje dla Zgłaszającego roszczenie”.
3. Pomoc w wypełnieniu formularza można uzyskać kontaktując się z Infolinią Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. pod numerem telefonu: **22 667 69 69** (pon.-pt. 8.00-18.00).
4. Wydrukowany i podpisany formularz wraz z dokumentami (skany lub kserokopie) należy wysłać na adres e-mail: **roszczenia@pocztowenazycie.pl** lub listem poleconym na adres: Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Graniczna 17, 26-604 Radom.

1. Numer Polisy/Certyfikatu

**Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2. trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku                  | <input type="checkbox"/> 3. inwalidztwo Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> 4. trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> 5. trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> 6. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu   | <input type="checkbox"/> 7. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego   |
| <input type="checkbox"/> 8. operacje chirurgiczne Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego  | <input type="checkbox"/> 9. pobyt Małżonka/Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu                            | <input type="checkbox"/> 10. Inne .....  |

**Dane dotyczące Ubezpieczonego (Uprawnionego)**

11. Imię

12. Nazwisko

13. Nazwisko rodowe

14. PESEL

15. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

16. Obywatelstwo

17. Państwo urodzenia

18. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)

19. Seria i numer dokumentu tożsamości

**Adres zamieszkania Ubezpieczonego (Uprawnionego)**

20. Ulica

21. Nr domu / mieszkania

22. Kod pocztowy

23. Miejscowość

24. Kraj

**Adres korespondencyjny oraz dane kontaktowe Ubezpieczonego (Uprawnionego) – wypełnić jak inny niż adres zamieszkania**

25. Ulica

26. Nr domu / mieszkania

27. Kod pocztowy

28. Miejscowość

29. Telefon komórkowy

30. Adres e-mail

**Dane osoby reprezentującej<sup>(1)</sup> Ubezpieczonego (Uprawnionego)**

Dane pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego/opiekuna/kuratora reprezentującego Uprawnionego będącego osobą fizyczną. Wypełnia przedstawiciel (np. pełnomocnik) Uprawnionego będącego osobą fizyczną. Do formularza należy obowiązkowo załączyć dokument potwierdzający umocowanie (np. pełnomocnictwo).

31. Imię

32. Nazwisko

33. PESEL

34. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

35. Obywatelstwo

36. Państwo urodzenia

37. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)

38. Seria i numer dokumentu tożsamości

**Opis zdarzenia**

39. Data zdarzenia

40. Godzina

## 41. Miejsce, okoliczności i przebieg zdarzenia

## 42. Odniesione wskutek zgłaszanego zdarzenia obrażenia ciała

## 43. W przypadku urazu kończyn górnych prosimy o informację czy ubezpieczony jest:

 44. praworęczny  45. leworęczny

## 46. Czy do opisywanego zdarzenia doszło w wyniku uprawiania sportu (podczas treningu) w ramach klubów, związków sportowych lub organizacji sportowych?

 47. TAK  48. NIE

## 49. Czy części ciała opisywane w punktach 24 i 25 były uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia?

 50. TAK  51. NIE

## Przebieg leczenia Ubezpieczonego/Małzonka/Dziecka Ubezpieczonego

## 52. Zakłady lecznicze, w których leczył się poszkodowany w związku z wypadkiem

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

## 53. Czy leczenie i rehabilitacja zakończyły się?

 54. NIE, jestem w trakcie leczenia i rehabilitacji, przewidywana data zakończenia leczenia

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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"/> |

 55. TAK, data zakończenia leczenia

## 56. Czy na miejsce zdarzenia była wzywana Policja/Pogotowie Ratunkowe?

 57. TAK  58. NIE

## 59. Czy w związku z zdarzeniem jest prowadzone postępowanie wyjaśniające przez organy Policji, Prokuratury lub Sądu?

 60. TAK  61. NIE

| Nazwa i adres       | Data powiadomienia | Sygnatura akt |
|---------------------|--------------------|---------------|
| POLICJA             |                    |               |
| PROKURATURA         |                    |               |
| SĄD                 |                    |               |
| POGOTOWIE RATUNKOWE |                    |               |

## 62. Czy zdarzenie miało miejsce w pracy?

 63. TAK  64. NIE

## 65. Czy sporządzono protokół BHP, kartę wypadku itp.?

 66. TAK  67. NIE

## 68. Czy w chwili zdarzenia Ubezpieczony był trzeźwy i nie był pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub innych tego typu środków?

 69. TAK  70. NIE

## Informacja dla Zgłaszającego roszczenie

## Niniejszy formularz należy wypełnić i przesłać po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.

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

 71. kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (Podstawa prawna – art. 34 ust. 4 Ustawy z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu) 72. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego, etc.) 73. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego 74. 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.) 75. kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli zdarzenie, w wyniku którego doszło do powstania szkody, było przedmiotem postępowania ww. organów) 76. kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek miał miejsce przy pracy lub w drodze do/z pracy) 77. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu) 78. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu) 79. kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej (w przypadku zgłoszenia trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej) 80. kopia zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy wystawionego na druku ZUS ZLA tj. L4 (w przypadku zgłoszenia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub rekonwalescencji szpitalnej) 81. inne .....w przypadku inwalidztwa Dziecka Ubezpieczonego dodatkowo: 82. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka 83. kopia zaświadczenia o nauce w szkole lub na uczelni wyższej (jeżeli Dziecko ukończyło 18 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia oraz kontynuuje naukę)**Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.**

## Dyspozycja wypłaty świadczenia

## 84. 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"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

## Dane właściciela rachunku

## 85. Imię

## 86. Nazwisko

## 87. Ulica

## 88. Nr domu / mieszkania

## 89. Kod pocztowy

## 90. Miejscowość

 /  -

## Klauzule informacyjne

### 1. Administrator danych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.** z siedzibą w Warszawie (02-685), przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8 („Towarzystwo”).

### 2. Inspektor Ochrony Danych

e-mail: IODO@pocztowenazycie.pl

### 3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- 1) wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a także zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- 2) wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
- 3) dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 4) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- 5) rachunkowych, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione,
- 6) podatkowych, przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy wynikający z rozliczenia zawartej umowy.

### 4. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa dotyczących rachunkowości oraz przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

### 5. Ujawnianie danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji i innym zakładom ubezpieczeń oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa, m.in. dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom wykonującym na rzecz Towarzystwa czynności ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

### 6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Ma Pani/Pan prawo do otrzymania od Towarzystwa Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Panią/Pana dostarczone Towarzystwu w celu wykonywania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.

### 7. Organ nadzoru

Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

## Oświadczenia Uprawnionego

**Wypełnienie poniższych oświadczeń jest konieczne w związku z ustawą z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.**

1. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>(2)</sup> w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.  91. Tak  92. Nie
2. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne<sup>(4)</sup> w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.  93. Tak  94. Nie
3. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne<sup>(5)</sup> w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.  95. Tak  96. Nie

Jest świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia/oświadczeń.

**W przypadku zaznaczenia odpowiedzi na „Tak” wymagane jest wypełnienie danych w zakresie źródeł majątku Ubezpieczonego (Uprawnionego) i źródeł pochodzenia wartości majątkowych.**

Źródła majątku Ubezpieczonego (Uprawnionego) i źródła pochodzenia wartości majątkowych.

97. umowa o pracę  98. działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód  99. spadek  100. kredyt  101. darowizna  102. wygrana losowa  103. emerytura lub renta  
 104. inne (należy wskazać w polu poniżej)

Jednocześnie zobowiązuję się do aktualizacji podanych danych w przyszłości.

## Dane beneficjenta rzeczywistego <sup>(3)</sup>

**Uwaga:** Zazwyczaj Uprawniony będący osobą fizyczną nie posiada beneficjenta rzeczywistego, jeśli jednak go posiada, podaje jego dane poniżej.

### Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

|  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| 105. Imię  | 106. Nazwisko                           |                        |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                    |                        |
| 107. Nazwisko rodowe   | 108. PESEL                              |                        |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                    |                        |
| 109. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)                  | 110. Obywatelstwo                       | 111. Państwo urodzenia |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>   |
| 112. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu) | 113. Seria i numer dokumentu tożsamości |                        |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                    |                        |

### Adres zamieszkania beneficjenta rzeczywistego nr 1

|                          |                      |                      |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 114. Ulica               |                      |                      |
| <input type="text"/>     |                      |                      |
| 115. Nr domu / nr lokalu | 116. Kod pocztowy    | 117. Miejscowość     |
| <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 118. Kraj                |                      |                      |
| <input type="text"/>     |                      |                      |



- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
  - h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
  - i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.
- <sup>(3)</sup> Beneficjent rzeczywisty – oznacza osobę fizyczną lub osoby fizyczne sprawujące bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad Uprawnionym poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez Uprawnionego, lub osobę fizyczną lub osoby fizyczne, w imieniu których są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna. Przez beneficjenta rzeczywistego typowo rozumie się osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują nad Uprawnionym kontrolę prawną lub faktyczną albo mają na niego wpływ.
- <sup>(4)</sup> Członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – oznacza:
- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
  - b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
  - c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.
- <sup>(5)</sup> Osoba znana jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne:
- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
  - b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.