

Formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków dla podmiotów z grupy Poczty Polskiej S.A. (PP2)

PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ

- Należy wypełnić wszystkie części formularza podając prawdziwe i wyczerpujące informacje.
- Do wypełnionego formularza należy dołączyć kompletną dokumentację zgodnie z wykazem dokumentów wskazanym w formularzu w części „Informacje dla Zgłaszającego roszczenie”.
- Pomoc w wypełnieniu formularza można uzyskać kontaktując się z Infolinią Pracowniczą Poczty Polskiej S.A. pod numerem telefonu: **43 888 83 33** lub **800 001 001** (pon.-pt. 8.00-18.00).
- Wypełniony formularz wraz z dokumentami (skany lub kserokopie) należy wysłać na adres e-mail: roszczenia@ubezpieczeniapocztowe.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 Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> 4. trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku |
| <input type="checkbox"/> 5. czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek poturbowania lub pokąsania przez zwierzę, napadu rabunkowego lub porażenia prądem w miejscu wykonywania obowiązków służbowych | <input type="checkbox"/> 6. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu | <input type="checkbox"/> 7. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego |
| | <input type="checkbox"/> 8. trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | <input type="checkbox"/> 9. pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu |

Dane dotyczące Ubezpieczonego (Uprawnionego)

Oświadczam, że jestem:

 10. Pracownikiem 11. Pełnoletnim dzieckiem Pracownika 12. Małżonkiem Pracownika

13. Imię

14. Nazwisko

15. Nazwisko rodowe

16. PESEL

17. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

18. Obywatelstwo

19. Państwo urodzenia

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

21. Seria i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania Ubezpieczonego (Uprawnionego)

22. Ulica

23. Nr domu / mieszkania

24. Kod pocztowy

25. Miejscowość

26. Kraj

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

27. Ulica

28. Nr domu / mieszkania

29. Kod pocztowy

30. Miejscowość

31. Telefon komórkowy

32. Adres e-mail

Dane osoby reprezentującej⁽¹⁾ 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).

33. Imię

34. Nazwisko

35. PESEL

36. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)

37. Obywatelstwo

38. Państwo urodzenia

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

40. Seria i numer dokumentu tożsamości

Opis zdarzenia

41. Data zdarzenia

42. Godzina

43. Miejsce, okoliczności i przebieg zdarzenia

44. Odniesione wskutek zgłaszanego zdarzenia obrażenia ciała

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

46. praworęczny 47. leworęczny

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

49. TAK 50. NIE

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

52. TAK 53. NIE

Przebieg leczenia Ubezpieczonego/Dziecka Ubezpieczonego

54. Zakłady lecznicze, w których leczył się Ubezpieczony/Dziecko Ubezpieczonego w związku z wypadkiem

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

55. Czy leczenie i rehabilitacja zakończyły się?

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

/ /

57. TAK, data zakończenia leczenia

/ /

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

59. TAK 60. NIE

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

62. TAK 63. NIE

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

64. Czy zdarzenie miało miejsce w pracy?

65. TAK 66. NIE

67. Czy sporządzono protokół BHP, kartę wypadku itp.?

68. TAK 69. NIE

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

71. TAK 72. 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):

73. kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego (Podstawa prawna – art. 34 ust. 4 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu)
74. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego, etc.)
75. kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego
76. 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.)
77. kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli zdarzenie, w wyniku którego doszło do powstania szkody, było przedmiotem postępowania ww. organów)
78. kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek miał miejsce przy pracy lub w drodze do/z pracy)
79. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
80. kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub dokumentu warunkującego dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli poszkodowany w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
81. kopia orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy zarobkowej (w przypadku zgłoszenia trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej)
82. 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)
83. inne

w przypadku inwalidztwa Dziecka Ubezpieczonego lub trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego dodatkowo:

84. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka
85. 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

86. Przelew na rachunek bankowy numer:

Dane właściciela rachunku

87. Imię

88. Nazwisko

89. Ulica

90. Nr domu / mieszkania /

91. Kod pocztowy -

92. Miejscowość

Klauzule informacyjne

- 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**”).
- Inspektor Ochrony Danych**
e-mail: IODO@ubezpieczenia-pocztowe.pl
- 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 Ubezpieczonego

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

1. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne⁽²⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. 93. Tak 94. Nie
2. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne⁽⁴⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. 95. Tak 96. Nie
3. Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne⁽⁵⁾ w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. 97. Tak 98. 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.

99. umowa o pracę 100. działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód 101. spadek 102. kredyt 103. darowizna 104. wygrana losowa 105. emerytura lub renta 106. inne (należy wskazać w polu poniżej)

Jednocześnie zobowiązuję się do aktualizacji podanych danych w przyszłości.

Dane beneficjenta rzeczywistego ⁽³⁾

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

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 1

107. Imię	108. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
109. Nazwisko rodowe		110. PESEL
<input type="text"/>		<input type="text"/>
111. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)	112. Obywatelstwo	113. Państwo urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
114. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)	115. Seria i numer dokumentu tożsamości	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Adres zamieszkania beneficjenta rzeczywistego nr 1

116. Ulica		
<input type="text"/>		
117. Nr domu / nr lokalu	118. Kod pocztowy	119. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
120. Kraj		
<input type="text"/>		

Dane beneficjenta rzeczywistego nr 2

121. Imię	122. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
123. Nazwisko rodowe		124. PESEL
<input type="text"/>		<input type="text"/>
125. Data urodzenia (w przypadku nieposiadania PESEL)	126. Obywatelstwo	127. Państwo urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
128. Typ dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, karta pobytu)	129. Seria i numer dokumentu tożsamości	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

