

Formularz zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia dla Kredytobiorców Banku Pocztowego S.A. w zakresie ryzyka utraty pracy lub nieszczęśliwego wypadku

1. Numer polisy

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego:

2. Utrata pracy 3. Nieszczęśliwy wypadek

Dane dotyczące Ubezpieczonego

4. Imię

5. Nazwisko

6. Nazwisko rodowe

7. PESEL

Adres korespondencyjny

8. Ulica

9. Nr domu / mieszkania

10. Kod pocztowy

11. Miejscowość

12. Telefon

13. Adres e-mail

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

15. Tak 16. Nie

17. Czy dokonano wcześniejszej spłaty całości zadłużenia z tytułu Umowy kredytu przed upływem okresu kredytowania?

18. Tak 19. Nie

Informacje dotyczące utraty pracy (wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty pracy)

Przyczyna utraty pracy:

20. 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
21. 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)
22. wypowiedzenie kontraktu menedżerskiego przez zatrudniającego (w przypadku osób zatrudnionych na podstawie kontraktu menedżerskiego)
23. zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej i ogłoszenia upadłości lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania

24. Data uzyskania statusu bezrobotnego

Informacje dotyczące nieszczęśliwego wypadku (wypełnić w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku)

25. Data zdarzenia

26. Godzina

27. Miejsce zdarzenia

28. Opis zdarzenia

29. Rodzaj obrażeń odniesionych wskutek zgłaszanego zdarzenia

Czy byli świadkowie zajścia wypadku?

30. Tak 31. Nie 32. Nie wiem

33. Jeśli TAK, prosimy o podanie nazwisk, adresów i telefonów kontaktowych

34. Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy – podać nr i kat. Prawa jazdy

Czy wypadek zgłoszono na Policji? 35. Tak 36. Nie 37. Nie wiem

Jeśli TAK, prosimy o podanie danych jednostki Policji

Czy w chwili zajścia Ubezpieczony pozostawał w stanie nietrzeźwości, w stanie po spożyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, pod wpływem środków psychotropowych, pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii? 38. Tak 39. Nie 40. Nie wiem

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku wyczynowo uprawiał sport lub uprawiał sporty wysokiego ryzyka (w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia) 41. Tak 42. Nie 43. Nie wiem

Jeśli TAK, prosimy o podanie uprawianej dyscypliny sportu oraz podanie klubu sportowego

45. Istniejące przed wypadkiem uszkodzenia ciała

46. Istniejące w dniu wypadku choroby

Informacje dla Zgłaszającego roszczenia

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

W przypadku zgłoszenia zdarzenia polegającego na Utracie pracy:

47. oświadczenie Banku o wysokości i terminach płatności Rat kredytu zgodnych z aktualnym, na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty
48. 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
49. kopia świadectwa pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia (w przypadku osób, które nabyły status bezrobotnego wskutek utraty pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę)
50. postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości lub o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania sądowego (w przypadku osób, które nabyły Status bezrobotnego wskutek zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego)
51. oświadczenie Ubezpieczonego, iż od utraty pracy nie wykazuje on żadnej aktywności zarobkowej

W przypadku zgłoszenia zdarzenia polegającego na Nieszczęśliwym wypadku:

52. dokument potwierdzający zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku
53. odpis aktu zgonu, kopia karty zgonu z rozpoznaniem przyczyny zgonu albo kopia innego dokumentu, w którym lekarz lub uprawniony podmiot stwierdzą przyczynę zgonu
54. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenia pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego etc.)
55. kopia dokumentacji z Policji/Prokuratury/Sądu (jeżeli wypadek był przedmiotem postępowania któregośkolwiek z niniejszych organów)
56. kopia protokołu BHP/karty wypadku (jeżeli wypadek miał miejsce przy pracy lub w drodze do/z pracy)
57. kopia dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu (jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia był kierowcą pojazdu)
58. oświadczenie Banku o wysokości i terminach płatności Rat kredytu zgodnie z aktualnym, na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty
59. inne (podać jakie)

Dyspozycja wypłaty świadczenia

60. Przelew na rachunek bankowy numer:

Dane właściciela rachunku

61. Imię

62. Nazwisko

63. Ulica

64. Nr domu / mieszkania

65. Kod pocztowy

66. Miejscowość

Klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych osób fizycznych

1. Administrator danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest AGRO Ubezpieczenia – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (AGRO TUW).

2. Inspektor Ochrony Danych

IODO@agroubezpieczenia.pl

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- 1) ustalenia prawa i wysokości odszkodowania należnego uprawnionemu z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na AGRO TUW,
- 2) wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy,
- 3) dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes AGRO TUW,
- 4) przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes AGRO TUW,
- 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,
- 7) reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes AGRO TUW ,
- 8) rozpatrywania ewentualnych skarg i reklamacji – podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na AGRO TUW.

4. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, decyzje dotyczące Pani/Pana będą podejmowane w sposób zautomatyzowany

(bez wpływu człowieka). Decyzje te będą dotyczyły wysokości składki ubezpieczeniowej. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w ciągu ostatnich trzech lat, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa. Na podstawie automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego będzie wyliczona wysokość składki ubezpieczeniowej. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).

5. Okres przechowywania

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa dotyczących rachunkowości.

6. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji lub innym podmiotom i organom uprawnionym do otrzymania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AGRO TUV, m.in. obsługującym systemy teleinformatyczne lub udostępniającym narzędzia teleinformatyczne, dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom wykonującym na rzecz AGRO TUV czynności ubezpieczeniowe, podmiotom świadczącym AGRO TUV usługi doradcze, konsultacyjne oraz pomoc prawną, których udział w rozpatrywanej przez AGRO TUV sprawie będzie konieczny i prawnie uzasadniony.

7. Przekazywanie danych osobowych do państw trzecich

W związku z korzystaniem przez Towarzystwo z rozwiązań chmurowych, Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane do odbiorcy w państwie trzecim, w stosunku do którego decyzją Komisji Europejskiej stwierdzono odpowiedni stopień ochrony danych, tj. do Microsoft, podlegającego certyfikacji w ramach tarczy prywatności: Privacy Shield Framework. Aktualna lista certyfikowanych podmiotów dostępna jest pod adresem: <https://www.dataprivacyframework.gov/s/participant-search>.

8. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą

- 1) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
- 2) Może Pani/Pan w każdej chwili cofnąć wyrażoną zgodę bez podawania przyczyny, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 3) W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu AGRO TUV, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 4) Ma Pani/Pan prawo do otrzymania od AGRO TUV Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Panią/Pana dostarczone AGRO TUV w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez AGRO TUV bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe.
- 5) Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.

9. Organ nadzoru

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

Oświadczenia Zgłaszającego

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Powyższe oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. 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 67. Tak 68. Nie
3. Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu o przyznanym świadczeniu. 69. Tak 70. Nie
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Agro Ubezpieczenia – Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych dostępnym na stronie internetowej www.agroubezpieczenia.pl.

Zgody Ubezpiezonego

Wyrażenie zgód, o których mowa w pkt 1-4 poniżej jest dobrowolne. Brak zgód w punktach 1-3 spowoduje, że wszelką dokumentację, która będzie niezbędna na etapie likwidacji roszczenia będzie Pani/Pan zobowiązana/y uzyskać i dostarczyć do Towarzystwa we własnym zakresie co znacząco wydłuży postępowanie likwidacyjne.

1. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez AGRO TUV od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, dotyczących mnie informacji oraz dokumentacji medycznej o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, ze stanem mojego zdrowia, z weryfikacją podanych przeze mnie danych, a także informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej, w tym informacji, po mojej śmierci. 71. Tak 72. Nie
2. Wyrażam zgodę na zasięganie przez AGRO TUV informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek medycznych, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej, w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia. 73. Tak 74. Nie
3. Wyrażam zgodę na udostępnienie innym zakładom ubezpieczeń i uzyskiwanie przez AGRO TUV od innych zakładów ubezpieczeń dotyczących mnie informacji w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia wysokości tych świadczeń. 75. Tak 76. Nie
4. 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. 77. Tak 78. Nie

79. Miejscowość

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

80. Data

D	D	/	M	M	/	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

81. Podpis Zgłaszającego

--