

ZGŁOSZENIE SZKODY LUB WYPADKU



Z tytułu grupowego ubezpieczenia klientów detalicznych – posiadaczy i użytkowników kart kredytowych wydawanych przez ING Bank Śląski S.A.

Prosimy o zaznaczenie „X”, którego ubezpieczenia dotyczy zgłaszane roszczenie:

- ☐ ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ☐ ubezpieczenia nieuprawnionego użycia karty
☐ ubezpieczenia gotówki pobranej z bankomatu ☐ ubezpieczenia zakupów dokonanych przy użyciu karty

I Dane ubezpieczonego będącego osobą fizyczną

Imię i Nazwisko							
Data urodzenia	PESEL	Nr telefonu	E-mail				
Adres zamieszkania:							
Ulica							
				Nr domu	Nr lokalu		
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość	Kraj				
Adres do korespondencji:							
Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania Ulica							
				Nr domu	Nr lokalu		
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość	Kraj				

II Dane ubezpieczonego będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, osobą prawną albo jednostką organizacyjną nie będącą osobą prawną

Nazwa							
REGON	Nr telefonu	E-mail					
Adres siedziby:							
Ulica							
				Nr domu	Nr lokalu		
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość	Kraj				
Adres do korespondencji:							
Jeżeli jest inny niż adres siedziby Ulica							
				Nr domu	Nr lokalu		
Kod pocztowy	Pocztą	Miejscowość	Kraj				

III Ubezpieczający

IV Informacje dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

Nazwa karty	Numer karty (sześć pierwszych cyfr oraz ostatnie cztery cyfry numeru karty - np. 1234 56XX XXXX 1234)	Karta ważna do MM-RRRR

1) Data i godzina zdarzenia

2) Miejsce zdarzenia (kraj, adres lub inne określenie miejsca)

3) Czy zdarzenie zgłoszono na Policję – kiedy? ☐ TAK Data/Godzina: ☐ NIE

4) Jeśli w związku ze zdarzeniem jest prowadzone postępowanie, prosimy podać nazwę i adres odpowiedniej jednostki Policji lub Prokuratury lub Sądu:

5) Szczegółowy, chronologiczny opis zdarzenia (przyczyna, okoliczności i przebieg zdarzenia):

6) Niniejszym informuję, że straty finansowe wynikające z rabunku gotówki* / nieuprawnionego użycia karty* / utraty / uszkodzenia zakupu* są / nie są* ubezpieczone w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak”, na podstawie przepisu art. 824 § 2 Kodeksu cywilnego, prosimy o podanie następujących informacji:

Nazwa i adres zakładu, w którym zawarto ubezpieczenie

Nazwa ubezpieczenia

Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy):

Przedmiot ubezpieczenia

Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem

Okres ochrony ubezpieczeniowej od -- do --

Suma ubezpieczenia

V Nr rachunku bankowego

Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać
odszkodowanie:

Imię i nazwisko posiadacza ww. rachunku bankowego:

VI Informacje dotyczące poniesionej szkody

1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

a) Doznane obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia:

b) Nazwa i numer dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu, wg stosowanych przepisów prawa (należy podać, jeżeli Ubezpieczony w chwili zdarzenia prowadził jakiegokolwiek pojazd):

c) Uprawiana wyczynowo dyscyplina sportu (jeżeli wypadek zaistniał podczas jej uprawiania):

d) Czy Ubezpieczony posiada inną polisę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w PZU SA lub w PZU Życie SA? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Czy została zgłoszona szkoda z tej polisy? ☐ TAK w PZU SA ☐ TAK w PZU Życie SA ☐ NIE ☐ NIE WIEM

Jeśli TAK proszę podać nazwę jednostki, numer sprawy

e) Oświadczenia Ubezpieczonego:

1) upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarzy do udzielania PZU SA informacji, w tym do przekazania PZU SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem;

2) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA moich danych dotyczących stanu zdrowia w celu realizacji umowy ubezpieczenia.

Miejscowość i data

Podpis Ubezpieczonego

Dane Uprawnionego (należy wypełnić tylko w przypadku śmierci Ubezpieczonego)

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Nr telefonu

E-mail

Adres do korespondencji:

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Pocztą

Miejscowość

Kraj

* Niepotrzebne skreślić.

2. Ubezpieczenie nieuprawnionego użycia karty

- a) Wartość nieuprawnionych operacji (waluta):
- b) Łączna kwota udokumentowanych kosztów zakupu portfela/portmonetki oraz koszt wydania nowych dokumentów, na podstawie których można stwierdzić tożsamość Ubezpieczonego lub kart wydanych przez Ubezpieczającego (jeżeli dotyczy):
- c) Data i godzina stwierdzenia braku karty:
- d) Czy numer PIN był zapisany na karcie lub znajdował się w dokumentach utraconych razem z kartą? ☐ TAK ☐ NIE
- e) Czy kradzież lub utrata dotyczy karty pozostawionej bez zabezpieczenia w ogólnie dostępnym miejscu publicznym? ☐ TAK ☐ NIE
- f) Czy zdarzenie jest wynikiem umyślnego działania osoby pozostającej z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym? ☐ TAK ☐ NIE
- g) Czy fakt stwierdzenia utraty karty został zgłoszony do Banku – kiedy? ☐ TAK Data/Godzina: ☐ NIE

3. Ubezpieczenie gotówki pobranej z bankomatu

- a) Wartość zrabowanej gotówki (waluta):
- b) Łączna kwota udokumentowanych kosztów zakupu portfela/portmonetki oraz koszt wydania nowych dokumentów, na podstawie których można stwierdzić tożsamość Ubezpieczonego lub kart wydanych przez Ubezpieczającego (jeżeli dotyczy):
- c) Data i godzina wypłaty gotówki z bankomatu:
- d) Data i godzina rabunku gotówki pobranej z bankomatu:
- e) Miejsce rabunku gotówki pobranej z bankomatu:
- f) Czy zdarzenie jest wynikiem umyślnego działania osoby pozostającej z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym? ☐ TAK ☐ NIE

4. Ubezpieczenie zakupów dokonanych przy użyciu karty

- a) Czy produkt został zakupiony w całości przy użyciu karty? ☐ TAK ☐ NIE
Jeśli nie, proszę podać szczegóły (forma płatności, kwoty):
- b) Data zakupu produktu:
- c) Data utraty/uszkodzenia zakupionego produktu:
- d) Opis produktu (nazwa, marka, model, ilość):
- e) Czy produkt został zakupiony w celach handlowych? ☐ TAK ☐ NIE
- f) Czy produkt został utracony lub uległ całkowitemu zniszczeniu? ☐ TAK ☐ NIE
Jeżeli tak, prosimy podać cenę zakupu produktu oraz walutę, w jakiej dokonano zapłaty:
- g) Czy produkt został uszkodzony? ☐ TAK ☐ NIE
Jeżeli tak, prosimy podać łączny koszt naprawy produktu oraz walutę, w jakiej dokonano zapłaty za naprawę:
- h) Czy produkt został odsprzedany? ☐ TAK ☐ NIE
- i) Czy utrata dotyczy produktu pozostawionego bez zabezpieczenia:
• w samochodzie, innym pojeździe lub środku komunikacji? ☐ TAK ☐ NIE ☐ • w miejscu publicznym? ☐ TAK ☐ NIE
Jeżeli tak, prosimy podać szczegóły w opisie zdarzenia.
- j) Czy zdarzenie jest wynikiem umyślnego działania osoby pozostającej z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym? ☐ TAK ☐ NIE
- k) Czy utrata/uszkodzenie nastąpiło w czasie transportu dokonywanego przez sprzedawcę? ☐ TAK ☐ NIE
- l) Czy naprawę produktu przeprowadzono w ramach gwarancji lub rękojmi producenta? (jeżeli dotyczy) ☐ TAK ☐ NIE

VII Informacje

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji przez PZU SA zgłaszanej szkody. Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego „ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.
Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane

przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

VIII Oświadczenie

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
Ponadto upoważniam ING Bank Śląski S.A. do udzielenia PZU SA, jako ubezpieczycielowi, wszelkich informacji, w tym informacji objętych tajemnicą bankową, dotyczących wymienionej w niniejszym wniosku karty, niezbędnych

dla ustalenia prawa do żądanego odszkodowania, zawartych w szczególności w:
• wyciągu z rachunku posiadacza karty lub w zestawieniu operacji dokonanych przy użyciu karty,
• potwierdzeniu dokonania operacji pobrania gotówki z bankomatu,
• potwierdzeniu zastrzeżenia karty.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego

Do wniosku powinny być załączone następujące dokumenty wymienione w warunkach ubezpieczenia, w szczególności:

- a) w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków:
- dokumentacja medyczna (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, historia choroby z przychodni itp.),
 - rachunki oraz dowody ich zapłaty,
 - dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu (jeśli dotyczy),
- b) w ubezpieczeniu nieuprawnionego użycia karty:
- miesięczny wyciąg lub zbiorcze zestawienie operacji z rachunku posiadacza karty, ze wskazaniem operacji dokonanych bez zgody i wiedzy posiadacza karty lub użytkownika karty,
 - poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego, wydane przez Policję,
 - dokumenty potwierdzające poniesione przez Ubezpieczonego koszty zakupu nowego portfela, koszty wydania nowych dokumentów, na podstawie których można stwierdzić tożsamość Ubezpieczonego a także koszty wydania nowych kart płatniczych, jeżeli dotyczy,
- c) w ubezpieczeniu gotówki pobranej z bankomatu:
- poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego wydane przez Policję,
 - dowód dokonania wypłaty gotówki z bankomatu - wydruk z bankomatu lub miesięczne zestawienie operacji, ze wskazaniem dnia, godziny, miejsca zdarzenia,
 - dokumenty potwierdzające poniesione przez Ubezpieczonego koszty zakupu nowego portfela, koszty wydania Ubezpieczonemu nowych dokumentów, na podstawie których można stwierdzić tożsamość Ubezpieczonego a także koszty wydania nowych kart płatniczych, jeżeli dotyczy,
- d) w ubezpieczeniu zakupów dokonanych przy użyciu karty:
- potwierdzenie dokonania zakupu przy użyciu karty,
 - miesięczny wyciąg lub zbiorcze zestawienie operacji z rachunku posiadacza karty,
 - dowód zakupu,
 - rachunek zakładu naprawczego,
 - poświadczenie o zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego, wydane przez Policję w przypadku rabunku bądź kradzieży produktu
 - zdjęcie uszkodzonego produktu;
- oraz kopie dokumentów potwierdzających zawarcie innego ubezpieczenia (jeżeli dotyczy).

Wypełnione i podpisane przez Ubezpieczonego zgłoszenie szkody wraz z ww. dokumentami należy przesłać na adres:

Centrum Operacyjne Likwidacji Szkód i Świadczeń PZU SA

02-676 Warszawa

ul Postępu 18A

tel. 0 801 102 102 lub (+48 22) 566 55 55

albo do innej jednostki PZU SA.