

# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA PKO ŻYCIE



Ubezpieczenia

## 1. DANE UBEZPIECZONEGO I POLISY

\_\_\_\_\_  
Numer Polisy

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Drugie Imię

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
PESEL

## 2. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

\_\_\_\_\_  
Imię (Imiona), Nazwisko / Nazwa instytucji

\_\_\_\_\_  
Symbol dokumentu tożsamości:  
DO - dowód osobisty, PA - paszport,  
KP - karta pobytu, MD - mDowód  
(jeśli potwierdzasz tożsamość u pracownika  
lub Agenta Towarzystwa), OO - inny

\_\_\_\_\_  
Seria i numer

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Data ważności dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_  
PESEL / REGON

\_\_\_\_\_  
NIP/w przypadku prowadzenia  
działalności gospodarczej

\_\_\_\_\_  
Kraj miejsca urodzenia

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Data urodzenia (uzupełnić tylko,  
jeśli osoba uprawniona nie posiada  
numeru PESEL)

\_\_\_\_\_  
Obywatelstwo

### Adres do korespondencji:

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Nr domu

\_\_\_\_\_  
Nr lokalu

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod kraju

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Nr kier. Numer telefonu

### Adres zamieszkania (jeśli inny niż adres korespondencyjny):

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Nr domu

\_\_\_\_\_  
Nr lokalu

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod kraju

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna informacji o brakującej dokumentacji dotyczącej niniejszego wniosku, niezbędnej do rozpatrzenia mojego roszczenia, na podany przeze mnie powyżej numer telefonu lub adres e-mail.

Tak, wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody

## 3. DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (uzupełnić, jeżeli jest inna niż osoba uprawniona do otrzymania świadczenia)

W przypadku:

- gdy osoba uprawniona do świadczenia jest osobą małoletnią prosimy o podanie danych rodzica/opiekuna prawnego,
- pełnomocnictwa prosimy o podanie danych pełnomocnika.

\_\_\_\_\_  
Imię (Imiona), Nazwisko / Nazwa instytucji

\_\_\_\_\_  
Symbol dokumentu tożsamości:  
DO - dowód osobisty, PA - paszport, KP - karta pobytu,  
MD - mDowód (jeśli potwierdzasz tożsamość u pracownika  
lub Agenta Towarzystwa), OO - inny

\_\_\_\_\_  
Seria i numer

\_\_\_\_\_  
PESEL / REGON

\_\_\_\_\_  
NIP/w przypadku prowadzenia  
działalności gospodarczej

\_\_\_\_\_  
Kraj miejsca urodzenia

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Data urodzenia (uzupełnić tylko,  
jeśli osoba uprawniona nie posiada  
numeru PESEL)

\_\_\_\_\_  
Obywatelstwo





## 9. INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

### 1. Administrator danych

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (adres ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa), której dokumentacja przechowywana jest w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000031094, o numerze identyfikacji podatkowej (NIP): 521-041-99-14, o kapitale zakładowym w wysokości: 89.308.936,29 zł – wpłaconym w całości jest administratorem Pani/Pana danych osobowych („Administrator”) . podanych we wniosku o wypłatę świadczenia.

We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych i przysługujących praw z tym związanych, można się skontaktować z wyznaczonym przez Administratora inspektorem ochrony danych osobowych poprzez:

- email: [ochrona.danych@pkoubezpieczenia.pl](mailto:ochrona.danych@pkoubezpieczenia.pl),
- formularz kontaktowy: [pkoubezpieczenia.pl/ochrona-danych-osobowych](http://pkoubezpieczenia.pl/ochrona-danych-osobowych),
- telefon: +48 22 5410221 lub
- pisemnie na adres siedziby Administratora.

### 2. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

1. Pan/Pani dane mogą być przetwarzane w celu: obsługi zgłoszonego roszczenia – podstawą prawną jest konieczność przetwarzania danych w ramach obsługi zgłoszonego roszczenia oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia, jeżeli dotyczy danego roszczenia,
2. wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność wypełnienia przez Administratora obowiązku prawnego wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
3. dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia, przeciwdziałania ewentualnym przestępstwom ubezpieczeniowym oraz reasekuracji ryzyk –podstawą prawną jest uzasadniony interes Administratora,
4. wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawa prawna przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami dla ubezpieczeń z Działu I grupa 3 Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

### 3. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu:

- przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia oraz
- wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

### 4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane zakładom reasekuracji, agentom ubezpieczeniowym oraz innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe na zlecenie Administratora m.in. podmiotom: obsługującym zgłaszane roszczenia, przetwarzającym dane w celu dochodzenia roszczeń czy dostawcom usług IT.

### 5. Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

### 6. Prawa osoby, której dane są przetwarzane

Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo do:

- dostępu do danych oraz żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora swoich danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

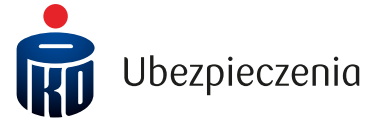
W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem.

### 7. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku ze złożonym wnioskiem o wypłatę świadczenia jest dobrowolne, ale konieczne do obsługi zgłoszonego roszczenia w ramach umowy ubezpieczenia. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem.

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA  
W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU  
URAZU OSOBY BLISKIEJ**

---



\_\_\_\_\_

Imię

\_\_\_\_\_

Nazwisko

\_\_\_\_\_

PESEL

**OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ UBEZPIECZONEGO (WSPÓŁMAŁŻONKA/RODZICA/DZIECKA)**

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych o stanie zdrowia (w przypadku niepełnoletniego dziecka - o stanie zdrowia dziecka) w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem.

Zgadzam się, żeby w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uzyskiwało od:

- podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających mi świadczeń zdrowotnych informacje o stanie mojego zdrowia (w przypadku niepełnoletniego dziecka - o stanie zdrowia dziecka). Zakres obejmuje (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz wynikach sekcji zwłok; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wynikach leczenia; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. W tym zakresie wyrażam zgodę na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej.
- Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców udzielających mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości świadczenia.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Czytelny podpis Osoby Bliskiej albo Rodzica/Opiekuna  
prawnego niepełnoletniego dziecka