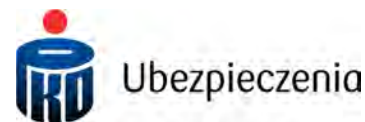


# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

DLA POŻYCZKOBIORCÓW PKO BANKU POLSKIEGO SA



Wniosek dotyczy:

- Ubezpieczenie na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO Bank Polski SA - wariant podstawowy / Ubezpieczenie na życie dla Pożyczkobiorców PKO Banku Polskiego SA – obowiązujące od dnia 01.10.2016r.
- Ubezpieczenie na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO Bank Polski SA - wariant rozszerzony

Numer Wniosku Ubezpieczeniowego  
(Wniosko-Polisy)

## 1. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
Numer PID	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod kraju	Kod pocztowy	Miejscowość
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu Poczta
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

## 2. DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM

	Nr kier. kraju		
Imię	<input type="text"/>	Nazwisko/Nazwa	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	REGON	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod kraju	Kod pocztowy	Miejscowość
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu Poczta
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

## 3. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA

Rodzaj zgłaszanego zdarzenia:

- Zgon Ubezpieczonego  Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
- Poważne Zachorowanie  Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego w następstwie NW

Data powstania zdarzenia ubezpieczeniowego:  -  -  r.

Placówki medyczne, które sprawowały opiekę nad Ubezpieczonym w związku z zaistniałym zdarzeniem (nazwa i adres):

Lekarz pierwszego kontaktu (imię, nazwisko, adres):



Data (dd-mm-rrrr)

Pieczęć Banku

Podpis i pieczęć imienna  
Upoważnionego Pracownika PKO BP  
SA(OFWCA) przyjmującego zgłoszenie  
roszczenia

## 6. INFORMACJA O PROCESIE REKLAMACYJNYM

Klienci mający zastrzeżenia do usług albo działalności PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. mają prawo do złożenia reklamacji. Reklamacje mogą być kierowane osobiście, pisemnie na adres Ubezpieczyciela (ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa), telefonicznie pod numerem infolinii 801 231 500 lub za pośrednictwem formularza reklamacyjnego zamieszczonego na stronie internetowej: [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl). Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych sprawach termin ten zostanie wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, przy czym Klient zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone w celu rozpatrzenia sprawy oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi. Klient zostanie powiadomiony o rozpatrzeniu reklamacji w formie wybranej przez siebie poprzez jej określenie w treści reklamacji lub wskazanie numeru telefonu, adresu e-mail lub adresu korespondencyjnego, na który ma zostać przesłane powiadomienie. Odpowiedź zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Szczegółowe informacje dotyczące procesu rozpatrywania reklamacji są publikowane na stronie internetowej [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl).

Wypełnia Pracownik Banku

## 7. INFORMACJA O WYSOKOŚCI BIEŻĄCEGO SALDA ZADŁUŻENIA POŻYCZKI GOTÓWKOWEJ NA DZIEŃ ZAJŚCIA ZDARZENIA (kapitał pozostający do spłaty na dzień zajścia zdarzenia)

Kwota PLN

Przyznane świadczenie proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

<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"/>	r.	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----	----------------------

Data (dd-mm-rrrr)

Pieczęć Banku

Podpis i pieczęć Upoważnionego  
Pracownika PKO BP SA - COD

Obowiązkiem Pracownika Banku jest dołączenie do wniosku o wypłatę świadczenia kopii Wniosko - Polisy wraz z aktualnymi danymi Ubezpiezonego, o ile zmiana danych nastąpiła w trakcie Okresu Odpowiedzialności oraz kopii Pierwotnego Harmonogramu Spłat Pożyczki.

## INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

### 1. Administrator danych

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa (dane rejestrowe podane w stopce dokumentu) jest administratorem Państwa danych osobowych („Administrator”) podanych we wniosku o wypłatę świadczenia.

We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych i przysługujących praw z tym związanych, można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych poprzez:

- email: [ochrona.danych@pkoubezpieczenia.pl](mailto:ochrona.danych@pkoubezpieczenia.pl),
- formularz kontaktowy: <http://pkoubezpieczenia.pl/ochrona-danych-osobowych>,
- telefonicznie: +48 225410221,
- pisemnie: na adres siedziby Administratora.

### 2. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/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,
- 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,
- dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia, przeciwdziałania ewentualnym przestępstwom ubezpieczeniowym oraz reasekuracji ryzyk – podstawą prawną jest uzasadniony interes Administratora,

### 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.