

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA KLIENTÓW PKO
BANKU POLSKIEGO SA, KTÓRZY SĄ POSIADACZAMI
KART KREDYTOWYCH**



1. DANE UBEZPIECZONEGO

Pierwsze Imię	<input type="text"/>	Drugie Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<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
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

2. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ

Imię, Nazwisko / Nazwa

Adres korespondencyjny

3. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA

Rodzaj zgłaszanego zdarzenia ubezpieczeniowego:

Zgon Ubezpieczonego

Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego albo Inwalidztwo Ubezpieczonego

Data powstania zdarzenia ubezpieczeniowego - - r.

Data (dd-mm-rrrr)

Miejsce i przyczyna powstania zdarzenia ubezpieczeniowego (opis):

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

Ubezpieczyciel ma prawo żądać innych niż wymienione poniżej dokumentów oraz innego rodzaju dowodów w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o ile są one niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Kopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez: pracownika Banku, pracownika Ubezpieczyciela, urzędnika administracji państwowej/samorządowej lub notariusza.

Załączniki dotyczące zgłaszanego zdarzenia

W przypadku zgonu Ubezpieczonego:	W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku albo Inwalidztwa będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku:
<input type="checkbox"/> akt zgonu Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie organu uprawnionego do orzekania o trwałej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/> karta zgonu lub inna dokumentacja medyczna zawierająca przyczynę zgonu Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z placówek medycznych, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał w związku z zaistniałym Nieszczęśliwym Wypadkiem
<input type="checkbox"/> w przypadku, gdy nie ma wskazanego Uposażonego, dokument potwierdzający pokrewieństwo z Ubezpieczonym lub dokumenty potwierdzające prawo do Świadczenia zgodnie z prawem spadkowym	

	<input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie potwierdzające utratę organu lub jego funkcji
	<input type="checkbox"/> decyzja organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury lub renty - w przypadku Inwalidztwa będącego następstwem NW
Dodatkowo jeżeli zdarzenie powstało w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku:	
<input type="checkbox"/> dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie	
<input type="checkbox"/> kopia prawa jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony był kierującym pojazdem; w przypadku braku prawa jazdy wymagany jest, sporządzony przez policję lub prokuraturę, dokument zawierający informację, że Ubezpieczony prowadził pojazd mając odpowiednie uprawnienia	
<input type="checkbox"/> dokument zawierający wynik badania na obecność alkoholu w przypadku gdy Ubezpieczony w chwili zajścia Nieszczęśliwego Wypadku był kierującym pojazdem lub osobą pieszą biorącą udział w wypadku drogowym, o ile osoba zgłaszająca roszczenia przedstawi powyższe	

4. ZGODA NA PRZEKAZYWANIE DO UBEZPIECZYCIELA INFORMACJI MEDYCZNEJ

Wyrażam zgodę na przekazywanie do Ubezpieczyciela przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia i wysokości tych Świadczeń, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięganie informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości Świadczeń.

- - r. Miejscowość Podpis Ubezpieczonego

5. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA

Przyznane Świadczenie proszę przekazać przelewem na rachunek Karty kredytowej wydanej przez PKO Bank Polski SA:

Nr rachunku Karty

Wypełnia pracownik Banku:

6 INFORMACJE O SALDZIE ZADŁUŻENIA

W dniu zdarzenia ubezpieczeniowego*, tj. w dniu godzina:

Nr rachunku Karty	Saldo Zadłużenia w PLN	Średnie Saldo zadłużenie za okres do dnia poprzedzającego wystąpienie zdarzenia, jednakże nie dłuższy niż 6 miesięcy(PLN)	Nazwa Karty

Obowiązkiem Pracownika Banku jest dołączenie do wniosku o wypłatę świadczenia kopii Deklaracji Przystąpienia

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

Imię Nazwisko

Administratorem przekazanych danych osobowych jest PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-872), ul. Chłodna 52. Powyższe dane osobowe są przetwarzane w celu wykonywania Umowy Ubezpieczenia oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług administratora danych. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawo pisemnego żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz do wniesienia sprzeciwu, wobec ich przetwarzania w celach marketingowych, w przypadkach wskazanych w ustawie o ochronie danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji Umowy ubezpieczenia.

Adres korespondencyjny _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____
Ulica _____
Nr domu _____ Nr lokalu _____ Poczta _____

_____-_____-_____. r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie
(Ubezpieczony/spadkobierca)

_____-_____-_____. r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Pieczęć Banku _____
Podpis i pieczęć Pracownika Banku
przyjmującego zgłoszenie roszczenia

_____-_____-_____. r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Pieczęć Banku _____
Podpis i pieczęć upoważnionego Pracownika COK

*Jeżeli z dokumentacji dostarczonej przez osobę zgłaszającą roszczenie nie wynika jednoznacznie godzina wystąpienia zdarzenia prosimy o podanie Salda Zadłużenia aktualnego na koniec dnia poprzedzającego dzień wystąpienia zdarzenia.