

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE**



Ubezpieczenia

Numer Polisy

1. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

Imię, Nazwisko / Nazwa

Seria i numer _____

Symbol dokumentu tożsamości

PESEL / REGON _____

NIP/dotyczy osoby prawnej _____

Symbol dokumentów tożsamości: DO - dowód osobisty, PA - paszport, KP - karta pobytu, OO - inny

Adres do korespondencji:

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Kod kraju

E-mail

Nr kier. kraju

Numer telefonu

2. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię

Drugie Imię

Nazwisko

PESEL

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji o brakującej dokumentacji dotyczącej niniejszego wniosku, niezbędnej do rozpatrzenia mojego roszczenia, na podany przeze mnie powyżej numer telefonu.

Tak, wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody ☐

3. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Prosimy o zaznaczenie właściwego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz dostarczenie dokumentacji wymienionej przy wskazanej opcji zgodnie z opisem w punkcie 6.

Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Ubezpieczonego:

- ☐ Zgon Ubezpieczonego (1, 2, 3, 4 lub 5)
- ☐ Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (1, 2, 3, 4 lub 5)
- ☐ Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7)
- ☐ Zgon Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7)
- ☐ Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13)
- ☐ Zgon Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego w Pracy (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13)
- ☐ Zgon Ubezpieczonego na Służbie (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13)
- ☐ Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 14, 15)
- ☐ Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego w następstwie Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST lub Udaru Mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym (1, 14, 15)

- ☐ Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 19)
- ☐ Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego (1, 16, 17)
- ☐ Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego (1, 18)
- ☐ Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 18)
- ☐ Leczenie szpitalne Ubezpieczonego dłuższe niż 4 dni (1, 22)
- ☐ Leczenie szpitalne Ubezpieczonego dłuższe niż 4 dni wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 22)
- ☐ Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego na OIOM (1, 22)
- ☐ Zakażenie wirusem HIV (1, 20)
- ☐ Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (1, 23)
- ☐ Zgon Rodzica Ubezpieczonego (1, 2)
- ☐ Dożycie 100 lat przez Ubezpieczonego (1) (dotyczy produktu Multi Ochrona Senator pro)
- ☐ Dożycie obu Ubezpieczonych 50 rocznicy zawarcia związku małżeńskiego (1, 8) (dotyczy produktu Multi Ochrona Rodzina)

Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Partnera Ubezpieczonego:

- ☐ Zgon Partnera Ubezpieczonego (1, 2, 3, 8)
- ☐ Zgon Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 2, 3, 6, 7, 8)
- ☐ Trwała Utrata Zdrowia przez Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 8, 14, 15)
- ☐ Trwała Utrata Zdrowia przez Partnera w następstwie Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST lub Udaru Mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym (1, 8, 14, 15)

- ☐ Inwalidztwo Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 8, 19)
- ☐ Ciężkie zachorowanie Partnera (1, 8, 16, 17)
- ☐ Leczenie szpitalne Partnera dłuższe niż 4 dni (1, 8, 22)
- ☐ Leczenie szpitalne Partnera dłuższe niż 4 dni wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 8, 22)
- ☐ Leczenie szpitalne Partnera na OIOM (1, 8, 22)
- ☐ Zgon Rodzica Partnera (1, 2, 8, 9)

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000031094, NIP 521-04-19-914, kapitał zakładowy: 89 308 824, 70 zł w całości wpłacony. Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, www.pkoubezpieczenia.pl

Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dziecka Ubezpieczonego:

- | | |
|---|---|
| ☐ Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego (1, 2, 3, 10, 12, 25) | ☐ Inwalidztwo Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 10, 19) |
| ☐ Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego (1, 10) | ☐ Ciężkie zachorowanie Dziecka (1, 10, 16, 17) |
| ☐ Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego w wyniku Ciężkiej Choroby (1, 10) | ☐ Leczenie szpitalne Dziecka dłuższe niż 4 dni (1, 10, 22) |
| ☐ Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego z Wadą Wrodzoną (1, 10, 24) | ☐ Leczenie szpitalne Dziecka dłuższe niż 4 dni wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 10, 22) |
| ☐ Zgon Dziecka (1, 2, 3), w tym urodzenie się martwego Dziecka (1, 11) | ☐ Leczenie szpitalne Dziecka na OIOM (1, 10, 22) |
| ☐ Zgon Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 2, 3, 6, 7) | |
| ☐ Trwała Utrata Zdrowia przez Dziecko Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 10, 14, 15) | |

4. DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

____ - ____ - ____

Data wypadku

Miejsce zdarzenia (prosimy o podanie nazwy i adresu)

Okoliczności, przebieg zdarzenia

Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, środków odurzających (w tym leków), środków psychotropowych lub narkotyków?

Tak ☐ Nie ☐

Czy w związku ze zdarzeniem policja, prokuratura lub sąd prowadziły postępowanie w sprawie wypadku?

Tak ☐ (prosimy o podanie nazwy i adresu) Nie ☐

Data wystąpienia pierwszych objawów w przypadku choroby: ____ - ____ - ____
(dotyczy zdarzenia zgonu, ciężkiego zachorowania, operacji chirurgicznej, leczenia szpitalnego)

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem (nazwa, adres):

5. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA

☐ Przelew bankowy ____
Numer rachunku bankowego

Posiadacz rachunku (prosimy wypełnić, jeśli posiadaczem rachunku nie jest osoba uprawniona do otrzymania wartości świadczenia)

Imię, Nazwisko / Nazwa

☐ Przekaz pocztowy na adres korespondencyjny wskazany w punkcie 1

☐ Przelew na poczet składki do wniosku/polisu numer _____

kwota w PLN _____, _____ na poczet składki ubezpieczeniowej ☐ na poczet składki dodatkowej ☐

Miejscowość

____ - ____ - ____

Data

Czytelny podpis osoby uprawnionej

6. WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Prosimy o dostarczenie oryginału lub kopię poniższych dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem dokonać mogą Agent/Pośrednik/Przedstawiciel Towarzystwa, urzędnik administracji państwowej/samorządowej lub notariusz.

1. Kopia dokumentu tożsamości (w przypadku osoby fizycznej) lub kopia odpisu aktualnego (lub pełnego) z odpowiedniego rejestru KRS, a w przypadku działania przez pełnomocnika, dodatkowo pełnomocnictwo udzielone w imieniu osoby prawnej przez osoby uprawnione do jej reprezentowania, zgodnie z odpisem z KRS (w przypadku osoby prawnej)
2. Akt zgonu
3. Statystyczna karta zgonu lub dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu
4. Dokument potwierdzający pokrewieństwo, w przypadku, gdy osoba uprawniona nie została wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako Uposażony lub Uposażony Zastępczy
5. Dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia zgodnie z prawem spadkowym, w przypadku, gdy osoba uprawniona nie została wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako Uposażony lub Uposażony Zastępczy ani nie jest małżonkiem, dzieckiem, rodzicem oraz rodzeństwem
6. Kopia prawa jazdy, jeżeli nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony/Partner/Dziecko był/o kierującym pojazdem, a w przypadku braku prawa jazdy wymagany jest, sporządzony przez policję lub prokuraturę, dokument zawierający informację, że Ubezpieczony/Partner/Dziecko prowadził/o pojazd mając odpowiednie uprawnienia, o ile osoba zgłaszająca jest w posiadaniu dokumentu
7. Dokument potwierdzający okoliczności nieszczęśliwego wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie)
8. Aktualny akt małżeństwa lub akt małżeństwa i oświadczenie o pozostawaniu w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, albo oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym w dniu zajścia zdarzenia – jeżeli zdarzenie dotyczy Partnera
9. Dokument potwierdzający pokrewieństwo z rodzicem – kopia dowodu osobistego lub akt urodzenia
10. Akt urodzenia Dziecka lub orzeczenie sądu opiekuńczego, w przypadku przysposobienia Dziecka
11. Akt urodzenia Dziecka z odpowiednią adnotacją oraz karta leczenia szpitalnego zawierająca wiek ciąży– w przypadku urodzenia się martwego Dziecka
12. W przypadku osoby o ograniczonej zdolności do czynności prawnych/nie mającej zdolności do czynności prawnych: oświadczenie o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad dzieckiem niepełnoletnim, dokument potwierdzający ustanowienie opieki lub kurateli
13. Protokół ustalenia okoliczności i przyczyny wypadku przy pracy
14. Dokumentacja medyczna potwierdzająca fakt zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz przebieg leczenia
15. Zaświadczenie lekarskie o zakończonym leczeniu i rehabilitacji
16. Karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz opinia lekarza specjalisty
17. Wyniki badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
18. Orzeczenie lekarskie orzecznika ZUS o trwałej niezdolności do pracy lub orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności orzecznym przez powiatowy lub wojewódzki zespół orzekający o niepełnosprawności
19. Orzeczenie lekarskie potwierdzające utratę organu lub jego funkcji
20. Zaświadczenie ze stacji sanitarno-epidemiologicznej stwierdzające, że w wyniku dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że przyczyną zakażenia wirusem HIV było przetoczenie krwi lub rutynowa procedura medyczna
21. Druk ZUS ZLA (zwolnienie lekarskie)
22. Karta informacyjna leczenia szpitalnego
23. Dokument potwierdzający przebieg operację chirurgiczną
24. Dokument medyczny potwierdzający Wadę Wrodzoną
25. Dokument potwierdzający uczęszczanie do szkoły przez Dziecko, które ukończyło 18 rok życia

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. Dane osobowe świadczeniobiorcy niebędącego ubezpieczonym obejmujące: imiona, nazwisko, datę urodzenia, PESEL, adres do korespondencji mogą zostać udostępnione towarzystwu reasekuracji w celu obsługi świadczenia objętego reasekuracją ryzyk wynikających z Umowy ubezpieczenia.