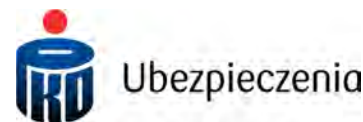


**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA KLIENTÓW PKO
BANKU POLSKIEGO SA, KTÓRZY SĄ POSIADACZAMI
KART KREDYTOWYCH**



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 (dotyczy Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na życie przed 25 maja 2018 roku)

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 (dotyczy Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na życie przed 25 maja 2018 roku): |
|---|--|
| <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 dokumenty |

4. ZGODY NIEZBĘDNE DO PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWANIA LIKWIDACYJNEGO

Oświadczam, że :

- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku z zgłoszonym roszczeniem,
- 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, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięgnięcie 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.
 Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis Ubezpiezonego

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 | <input type="text"/> | Nazwisko | <input type="text"/> |
| Adres korespondencyjny | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Kod pocztowy | Miejscowość | <input type="text"/> |
| Ulica | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Nr domu | Nr lokalu |
| | | | Poczta |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data (dd-mm-rrrr) | | | Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie |

| | | |
|---|----------------------|--|
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data (dd-mm-rrrr) | Pieczęć Banku | Podpis i pieczęć Pracownika Banku przyjmującego zgłoszenie roszczenia |

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

7. 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 PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (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. 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 na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo zostanie przekazana pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi na reklamację w tej formie. Szczegółowe informacje dotyczące procesu rozpatrywania reklamacji są publikowane na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl

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,
- formularz kontaktowy: <http://pkoubezpieczenia.pl/ochrona-danych-osobowych>,
- telefonicznie: +48 225410221,
- pisemnie: na adres siedziby Administratora.

2. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

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,

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: 89 308 936,29 zł w całości wpłacony.

Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, www.pkoubezpieczenia.pl

- 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.