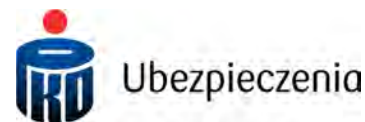


WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

DLA POŻYCZKOBIORCÓW/KREDYTOBIORCÓW PKO BANK POLSKI SA



Wniosek dotyczy:

- Ubezpieczenie na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO Bank Polski SA - wariant podstawowy
- Ubezpieczenie na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO Bank Polski SA - wariant rozszerzony
- Ubezpieczenie na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Inteligo w PKO Bank Polski SA
- Ubezpieczenie na życie Kredytobiorców posiadających Kredyty Aurum/Platinum w PKO Bank Polski SA - wariant podstawowy
- Ubezpieczenie na życie Kredytobiorców posiadających Kredyty Aurum/Platinum 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"/>
	Nr kier. kraju		

2. DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM

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 będący następstwem Nieszczęśliwego Wypadku
- Poważne Zachorowanie
- Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego będąca następstwem NW

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 zdarzeniem (nazwa i adres):

Lekarz pierwszego kontaktu (imię, nazwisko, adres):

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość

Czytelny podpis osoby występującej z
roszczeniem

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Pieczęć Banku

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

Wypełnia Pracownik Banku

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

Kwota PLN _____

Przyznane świadczenie proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

____ - ____ - ____ r. _____
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 Ubezpieczonego, o ile zmiana danych nastąpiła w trakcie Okresu Odpowiedzialności oraz kopii Pierwotnego Harmonogramu Spłat Pożyczki/ Pierwotnego Harmonogramu Spłat lub Aneksu.

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

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.