

# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA KLIENTÓW PKO BP 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"/>
			Poczta

## 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"/> orzeczenie lekarskie potwierdzające utratę organu lub jego funkcji
	<input type="checkbox"/> decyzja organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury lub renty

Dodatkowo jeżeli zdarzenie powstało wskutek Nieszczęśliwego Wypadku:

dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie

prawo 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

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. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA

Przyznane Świadczenie proszę przekazać przelewem na rachunek Karty kredytowej:

Nr rachunku Karty

Wypełnia pracownik Banku:

#### 5. INFORMACJE O SALDZIE ZADŁUŻENIA

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

Nr rachunku Karty	Saldo Zadłużenia w PLN	Średnie Saldo Zadłużenia za okres 6 miesięcy do dnia poprzedzającego wystąpienie zdarzenia (PLN)	Nazwa Karty

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

#### DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

Imię  Nazwisko

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

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.

□ - □ - □ 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.

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.