

**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.
 Data (dd-mm-rrrr) 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.