WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

DLA POŻYCZKOBIORCÓW PKO BANKU POLSKIEGO SA

Ubezpieczenia

Wniosek dotyczy: Ubezpieczenia „Ochrona dla Ciebie" i Ubezpieczenia „Ochrona dla Ciebie+" – obowiązujący od dnia 29.02.2020 r.

Numer Wniosku Ubezpieczeniowego (Wniosko-Polisy)

1. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię | Nazwisko

Numer PID | PESEL

Adres korespondencyjny

Kod kraju | Kod pocztowy | Miejscowość

Ulica | Nr domu | Nr lokalu | Poczta

Telefon | E-mail

Nr kier. Kraju

2. DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM

Imię | Nazwisko/Nazwa

PESEL | REGON

Adres korespondencyjny

Kod kraju | Kod pocztowy | Miejscowość

Ulica | Nr domu | Nr lokalu | Poczta

Telefon | E-mail

3. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA

Rodzaj zgłaszanego zdarzenia:

- ☐ Zgon Ubezpieczonego
- ☐ Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
- ☐ Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego

Data powstania zdarzenia ubezpieczeniowego: ____ - ____ - ____ r.

Data (dd-mm-rrrr)

Placówki medyczne, które sprawowały opiekę nad Ubezpieczonym w związku z zaistniałym zdarzeniem (nazwa i adres):

Lekarz pierwszego kontaktu (imię, nazwisko, 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: Agenta/pracownika Ubezpieczyciela, urzędnika administracji państwowej/samorządowej lub notariusza.
Załączniki dotyczące zgłaszanego zdarzenia

W przypadku zgonu Ubezpieczonego
☐ skrócony akt zgonu Ubezpieczonego
☐ karta zgonu lub inna dokumentacja medyczna zawierająca przyczynę zgonu Ubezpieczonego
☐ w przypadku, gdy nie ma Uposażonego, dokument potwierdzający pokrewieństwo z Ubezpieczonym lub dokumenty potwierdzające prawo do Świadczenia zgodnie z prawem spadkowym
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, o ile osoba zgłaszająca roszczenia jest w posiadaniu dokumentu
W przypadku Poważnego Zachorowania
☐ dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania wraz z opinią lekarza specjalisty
☐ wynik badania histopatologicznego – w przypadku nowotworu

4. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA
Przyznane Świadczenie proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

Nr rachunku bankowego

Data (dd-mm-rrrr) - - r. Miejscowość

Czytelny podpis osoby występującej z roszczeniem

Data (dd-mm-rrrr) r.

Pieczęć Oddziału Banku

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

5. 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 Ubezpieczyciela (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 zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Szczegółowe informacje dotyczące procesu rozpatrywania reklamacji są publikowane na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.

Wypełnia Pracownik Banku

6. INFORMACJA O WYSOKOŚCI BIEŻĄCEGO SALDA ZADŁUŻENIA POŻYCZKI GOTÓWKOWEJ NA DZIEŃ ZAJŚCIA ZDARZENIA (kapitał pozostający do spłaty na dzień zajścia zdarzenia)

Kwota PLN

Przyznane świadczenie proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

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

Pieczęć Banku

Podpis i pieczęć Upoważnionego Pracownika PKO BP SA - CBO

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.

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,
- 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.