

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE



Ubezpieczenia

Numer Polisy

1. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

Imię, Nazwisko / Nazwa

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Symbol dokumentu tożsamości

PESEL / REGON

NIP/dotyczy osoby prawnej

Symbole dokumentów tożsamości: DO - dowód osobisty, PA - paszport, KP - karta pobytu, OO - inny

Adres do korespondencji:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Kod kraju

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

E-mail

Nr kier. kraju

Numer telefonu

2. DANE UBEZPIECZONEGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Pierwsze Imię

Drugie Imię

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nazwisko

PESEL

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji dotyczących niniejszego wniosku, w tym o brakującej dokumentacji, niezbędnej do rozpatrzenia mojego roszczenia, na podany przeze mnie powyżej numer telefonu lub adres e-mail.

Tak, wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

3. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Prosimy o zaznaczenie właściwego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz dostarczenie dokumentacji wymienionej przy wskazanej opcji zgodnie z opisem w punkcie 6.

Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Ubezpieczonego:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego (1, 2, 3, 4 lub 5) | <input type="checkbox"/> Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 19) |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (1, 2, 3, 4 lub 5) | <input type="checkbox"/> Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego (1, 16, 17) |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7) | <input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego (1, 18) |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7) | <input type="checkbox"/> Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 18) |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13) | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego dłuższe niż 4 dni (1, 22) |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego w Pracy (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13) | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Ubezpieczonego dłuższe niż 4 dni wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 22) |
| <input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego na Służbie (1, 2, 3, 4 lub 5, 6, 7, 13) | <input type="checkbox"/> Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego na OIOM (1, 22) |
| <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 14, 15) | <input type="checkbox"/> Zakażenie wirusem HIV (1, 20) |
| <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego w następstwie Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST lub Udaru Mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym (1, 14, 15) | <input type="checkbox"/> Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (1, 23) |
| | <input type="checkbox"/> Zgon Rodzica Ubezpieczonego (1, 2) |
| | <input type="checkbox"/> Dożycie 100 lat przez Ubezpieczonego (1) (dotyczy produktu Multi Ochrona Senator pro) |
| | <input type="checkbox"/> Dożycie obu Ubezpieczonych 50 rocznicy zawarcia związku małżeńskiego (1, 8) (dotyczy produktu Multi Ochrona Rodzina) |

Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Partnera Ubezpieczonego:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zgon Partnera Ubezpieczonego (1, 2, 3, 8) | <input type="checkbox"/> Inwalidztwo Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 8, 19) |
| <input type="checkbox"/> Zgon Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 2, 3, 6, 7, 8) | <input type="checkbox"/> Ciężkie zachorowanie Partnera (1, 8, 16, 17) |
| <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 8, 14, 15) | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Partnera dłuższe niż 4 dni (1, 8, 22) |
| <input type="checkbox"/> Trwała Utrata Zdrowia przez Partnera w następstwie Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST lub Udaru Mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym (1, 8, 14, 15) | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Partnera dłuższe niż 4 dni wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 8, 22) |
| | <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Partnera na OIOM (1, 8, 22) |
| | <input type="checkbox"/> Zgon Rodzica Partnera (1, 2, 8, 9) |

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jana Pawła II 27, 00-867 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: 192 529 463,11 zł w całości wpłacony. Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, www.pkoubezpieczenia.pl

Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dziecka Ubezpieczonego:

- Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego (1, 2, 3, 10, 12, 25)
- Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego (1, 10)
- Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego w wyniku Cięży Mnogiej (1, 10)
- Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego z Wadą Wrodzoną (1, 10, 24)
- Zgon Dziecka (1, 2, 3), w tym urodzenie się martwego Dziecka (1, 11)
- Zgon Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 2, 3, 6, 7)
- Trwała Utrata Zdrowia przez Dziecko Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 10, 14, 15)
- Inwalidztwo Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 10, 19)
- Ciężkie zachorowanie Dziecka (1, 10, 16, 17)
- Leczenie szpitalne Dziecka dłuższe niż 4 dni (1, 10, 22)
- Leczenie szpitalne Dziecka dłuższe niż 4 dni wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (1, 6, 7, 10, 22)
- Leczenie szpitalne Dziecka na OIOM (1, 10, 22)

4. DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

____ - ____ - _____

Data wypadku

Miejsce zdarzenia (prosimy o podanie nazwy i adresu)

Okoliczności, przebieg zdarzenia

Czy zdarzenie nastąpiło po spożyciu alkoholu, środków odurzających (w tym leków), środków psychotropowych lub narkotyków?

Tak Nie

Czy w związku ze zdarzeniem policja, prokuratura lub sąd prowadziły postępowanie w sprawie wypadku?

Tak (prosimy o podanie nazwy i adresu) Nie

Data wystąpienia pierwszych objawów w przypadku choroby: ____ - ____ - _____

(dotyczy zdarzenia zgonu, ciężkiego zachorowania, operacji chirurgicznej, leczenia szpitalnego)

Dane placówek medycznych, w których prowadzono leczenie w związku ze zdarzeniem (nazwa, adres):

5. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA

Przelew bankowy _____

Numer rachunku bankowego

Posiadacz rachunku (prosimy wypełnić, jeśli posiadaczem rachunku nie jest osoba uprawniona do otrzymania wartości świadczenia)

Imię, Nazwisko / Nazwa

Przekaz pocztowy na adres korespondencyjny wskazany w punkcie 1

Przelew na poczet składki do wniosku/polisy numer _____

kwota w PLN _____, _____ na poczet składki ubezpieczeniowej na poczet składki dodatkowej

Miejscowość

____ - ____ - _____

Data

Czytelny podpis osoby uprawnionej

6. WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Prosimy o dostarczenie oryginału lub kopię poniższych dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem dokonać mogą Agent/Pośrednik/Przedstawiciel Towarzystwa, urzędnik administracji państwowej/samorządowej lub notariusz.

1. Kopia dokumentu tożsamości (w przypadku osoby fizycznej) lub kopia odpisu aktualnego (lub pełnego) z odpowiedniego rejestru KRS, a przypadku działania przez pełnomocnika, dodatkowo pełnomocnictwo udzielone w imieniu osoby prawnej przez osoby uprawnione do jej reprezentowania, zgodnie z odpisem z KRS (w przypadku osoby prawnej)
2. Akt zgonu
3. Statystyczna karta zgonu lub dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu
4. Dokument potwierdzający pokrewieństwo, w przypadku, gdy osoba uprawniona nie została wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako Uposażony lub Uposażony Zastępczy
5. Dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia zgodnie z prawem spadkowym, w przypadku, gdy osoba uprawniona nie została wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako Uposażony lub Uposażony Zastępczy ani nie jest małżonkiem, dzieckiem, rodzicem oraz rodzeństwem
6. Prawo jazdy, jeżeli nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony/Partner/Dziecko był/o kierującym pojazdem, w przypadku braku prawa jazdy wymagany jest, sporządzony przez policję lub prokuraturę, dokument zawierający informację, że Ubezpieczony/Partner/Dziecko prowadził/o pojazd mając odpowiednie uprawnienia
7. Opis okoliczności wypadku (protokoły powypadkowe policji lub dokumenty sporządzone przez prokuraturę, sąd, straż pożarną lub służby BHP, jeśli było prowadzone postępowanie dotyczące wypadku)
8. Aktualny akt małżeństwa lub akt małżeństwa i oświadczenie o pozostawaniu w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, albo oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym w dniu zajścia zdarzenia – jeżeli zdarzenie dotyczy Partnera
9. Dokument potwierdzający pokrewieństwo z rodzicem – kopia dowodu osobistego lub akt urodzenia
10. Akt urodzenia Dziecka lub orzeczenie sądu opiekuńczego, w przypadku przysposobienia Dziecka
11. Akt urodzenia Dziecka z odpowiednią adnotacją oraz karta leczenia szpitalnego zawierająca wiek ciąży – w przypadku urodzenia się martwego Dziecka
12. W przypadku osoby o ograniczonej zdolności do czynności prawnych/nie mającej zdolności do czynności prawnych: oświadczenie o sprawowaniu władzy rodzicielskiej nad dzieckiem niepełnoletnim, dokument potwierdzający ustanowienie opieki lub kuratelii
13. Protokół ustalenia okoliczności i przyczyny wypadku przy pracy
14. Dokumentacja medyczna potwierdzająca fakt zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz przebieg leczenia
15. Zaświadczenie lekarskie o zakończonym leczeniu i rehabilitacji
16. Karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz opinia lekarza specjalisty
17. Wyniki badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
18. Orzeczenie lekarskie orzecznika ZUS o trwałej niezdolności do pracy lub orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności orzecznym przez powiatowy lub wojewódzki zespół orzekający o niepełnosprawności
19. Orzeczenie lekarskie potwierdzające utratę organu lub jego funkcji
20. Zaświadczenie ze stacji sanitarno-epidemiologicznej stwierdzające, że w wyniku dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że przyczyną zakażenia wirusem HIV było przetoczenie krwi lub rutynowa procedura medyczna
21. Druk ZUS ZLA (zwolnienie lekarskie)
22. Karta informacyjna leczenia szpitalnego
23. Dokument potwierdzający przebytą operację chirurgiczną
24. Dokument medyczny potwierdzający Wadę Wrodzoną
25. Dokument potwierdzający uczęszczanie do szkoły przez Dziecko, które ukończyło 18 rok życia

Administratorem przekazanych danych osobowych jest PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867), Al. Jana Pawła II 27. 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. Dane osobowe świadczeniobiorcy niebędącego ubezpieczonym obejmujące: imiona, nazwisko, datę urodzenia, PESEL, adres do korespondencji mogą zostać udostępnione towarzystwu reasekuracji w celu obsługi świadczenia objętego reasekuracją ryzyk wynikających z Umowy ubezpieczenia.

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE**



1. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO W PRZYPADKU ZDARZEŃ DOTYCZĄCYCH PARTNERA

Świadom skutków art. 286. § 1 Kodeksu karnego w brzmieniu:

„Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

Oświadczam, że pozostawałem/am w ważnym związku małżeńskim/w związku nieformalnym* w dniu zajścia zdarzenia z:

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____

Oświadczam, że w przypadku stwierdzenia innego stanu faktycznego, aniżeli przeze mnie podany, zobowiązuje się do zwrotu otrzymania świadczenia niezwłocznie po wezwaniu PKO Ubezpieczenia.

Miejscowość _____ Data _____ Podpis Ubezpieczonego _____

2. OŚWIADCZENIE PARTNERA UBEZPIECZONEGO LUB DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Prosimy wypełnić oświadczenia w przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych Zakresem Ubezpieczenia dotyczących Partnera lub Dziecka (z wyłączeniem zdarzenia zgonu Partnera, zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zgonu Dziecka oraz zgonu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku)

Przyjmuję do wiadomości i podpisem na niniejszym wniosku o wypłatę świadczenia upoważniam instytucje medyczne, lekarzy oraz inne osoby, które posiadają wiedzę o moim stanie zdrowia do udzielenia PKO Ubezpieczenia wszelkich niezbędnych informacji w tej sprawie. Uzyskane w ten sposób dane będą wykorzystywane przez PKO Ubezpieczenia wyłącznie w celu ustalenia wysokości i prawa do Świadczenia.

Miejscowość _____ Data _____ Czytelny podpis Partnera/pełnoletniego Dziecka /opiekuna prawnego Dziecka niepełnoletniego* _____

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie u każdego ubezpieczyciela informacji dotyczących moich danych osobowych oraz informacji o stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia z zawartej Umowy Ubezpieczenia i wysokości tego Świadczenia.

Miejscowość _____ Data _____ Czytelny podpis Partnera/pełnoletniego Dziecka /opiekuna prawnego Dziecka niepełnoletniego* _____

* niepotrzebne skreślić