

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE**
DLA POŻYCZKOBIORCÓW PKO BP SA



Wniosek dotyczy:

- Grupowego ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO BP SA - wariant podstawowy
- Grupowego ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO BP SA - wariant rozszerzony
- Grupowego ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Inteligo w PKO BP SA

Numer Umowy Pożyczki _____

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 UPRAWNIONEJ)

Imię	_____	Nazwisko/Nazwa	_____
PESEL	_____	Regon	_____
Adres korespondencyjny	_____	_____	_____
	Kod kraju	Kod pocztowy	Miejscowość
Ulica	_____	_____	_____
		Nr domu	Nr lokalu Poczta
Telefon	_____	E-mail	_____
	Nr kier. kraju		

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

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):

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
<input type="checkbox"/> skrócony 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 zdarzeniem
<input type="checkbox"/> kopia dowodu tożsamości osoby uprawnionej	<input type="checkbox"/> kopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> w przypadku, gdy nie ma uprawnionego Uposażonego, dokument potwierdzający pokrewieństwo z Ubezpieczonym lub dokument potwierdzający prawa do Świadczenia zgodnie z prawem spadkowym	W przypadku Poważnego Zachorowania:
	<input type="checkbox"/> dokumentację medyczną potwierdzającą Poważne Zachorowanie wraz z opinią Lekarza Specjalisty;
	<input type="checkbox"/> wyniki badania histopatologicznego w przypadku nowotworu,
	<input type="checkbox"/> kopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego
Dodatkowo, jeżeli zdarzenie powstało wskutek Nieszczęśliwego Wypadku:	
<input type="checkbox"/> dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (kopię protokołu 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, o ile osoba zgłaszająca roszczenie przedstawi powyższe dokumenty	

4. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA

Przyznane Świadczenie proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

Nr rachunku bankowego

- - r.

Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Czytelny podpis Ubezpieczonego / osoby uprawnionej innej niż Ubezpieczający

- - r.

Data (dd-mm-rrrr) Pieczęć Banku Podpis i pieczęć Pracownika Banku przyjmującego zgłoszenie roszczenia

Wypełnia Pracownik Banku (Ubezpieczający)

5. INFORMACJA O WYSOKOŚCI SALDA ZADŁUŻENIA POŻYCZKI GOTÓWKOWEJ/POŻYCZKI INTELIGO 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 COD

Obowiązkiem Pracownika Banku jest dołączenie do wniosku o wypłatę świadczenia kopii Deklaracji Przystąpienia wraz z aktualnymi danymi Ubezpieczonego, o ile zmiana danych nastąpiła w trakcie Okresu Odpowiedzialności oraz kopii Pierwotnego Harmonogramu Spłat Pożyczki.