

WNIOSKO-POLISA

NR

Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia na życie – Polisa do Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Inteligo w PKO BP SA



Ubezpieczenia

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Inteligo w PKO BP SA z dnia 5 lutego 2015 roku (zwane dalej „OWU”). Wszelkie terminy pisane z wielkiej litery, o ile nie zostały zdefiniowane odrębnie w niniejszej Wniosko-Polisie, przyjmują znaczenie nadane im w OWU.

DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000026438; NIP: 525-000-77-38 REGON: 016298263; kapitał zakładowy (kapitał wpłacony) 1 250 000 000 zł Wpisana do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod Numerem 11160967/A (zwany dalej PKO BP SA)

UBEZPIECZYCIEL

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 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: 192 529 563,11 zł w całości wpłacony. Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, www.pkoubezpieczenia.pl (zwane dalej PKO Ubezpieczenia)

Nr umowy Pożyczki Inteligo

1. UBEZPIECZONY/UBEZPIECZAJĄCY

Pierwsze Imię	<input type="text"/>	Drugie Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	Dokument Tożsamości	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Nr telefonu komórkowego	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer PID Klienta	<input type="text"/>		

2. UPOSAŻENI ZASTĘPCZY UBEZPIECZONEGO

Z zastrzeżeniem punktu 4 poniżej, w zakresie pozostałej części Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskazuję następujących Uposażonych:

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko / Nazwa	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) / REGON (dotyczy osób prawnych)	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>	Nazwisko / Nazwa	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) / REGON (dotyczy osób prawnych)	<input type="text"/>

Data (dd-mm-rrrr)

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego

Oniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest dzień złożenia podpisu przez Klienta na niniejszej Wniosko-Polisie.