

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
DO UBEZPIECZENIA „ONKOPLAN”**



Ubezpieczenia

Numer Polisy

1. DANE UBEZPIECZONEGO

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

Pierwsze Imię

Drugie Imię

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

Nazwisko

PESEL

Nr tel. kontaktowego

e-mail

Adres zamieszkania

<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

2. DANE OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ Z ROSZCZENIEM

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

Pierwsze Imię

Drugie Imię

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

Nazwisko/Nazwa

PESEL/Regon

Nr tel. kontaktowego

e-mail

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

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

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

3. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Rodzaj zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego:

Zgon Ubezpieczonego Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór

Data powstania zdarzenia Ubezpieczeniowego: - -

Placówki medyczne, które sprawują opiekę nad Ubezpieczonym (nazwa i adres):

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

Lekarz pierwszego kontaktu (imię, nazwisko, adres):

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

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/Agenta Ubezpieczyciela, urzędnika administracji państwowej / samorządowej lub notariusza.

Załączniki dotyczące zgłaszanego zdarzenia

W przypadku zgonu Ubezpieczonego:	W przypadku Zachorowania na Nowotwór:
<input type="checkbox"/> akt zgonu Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> wynik badania histopatologicznego
<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 Zachorowaniem na Nowotwór (karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego)
<input type="checkbox"/> kopia dokumentu tożsamości Uposażonego	
<input type="checkbox"/> w przypadku, gdy nie ma Uposażonego, dokument potwierdzający pokrewieństwo z Ubezpieczonym lub dokumenty potwierdzające prawo do Świadczenia zgodnie z prawem spadkowym	<input type="checkbox"/> kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

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, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięgnięcie 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.

____ - ____ - ____
Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

5. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA PKO OPIEKA MEDYCZNA ZA GRANICĄ (Dotyczy wariantu Premium i Premium+)

WAŻNE: Ubezpieczony jest uprawniony do skorzystania z ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą tylko, w przypadku jeśli Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór zostanie uznane przez PKO Ubezpieczenia za zdarzenie ubezpieczeniowe, skutkujące wypłatą Świadczenia.

Opieka Medyczna za granicą Druga Opinia Medyczna

6. ZGODA NA PRZEKAZYWANIE DO BDUI UNDERWRITING INTERNATIONAL SLU INFORMACJI MEDYCZNEJ

W przypadku korzystania z ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą w wariantach Premium i Premium + wyrażam zgodę na przekazywanie do BDUI Underwriting International SLU, działającej na zlecenie 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, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięgnięcie 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.

____ - ____ - ____
Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

7. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA

Przyznane Świadczenie Ubezpieczeniowe proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

przelew bankowy _____
Nr rachunku bankowego

przekaz pocztowy na adres korespondencyjny wskazany w punkcie 2.

Miejscowość

____ - ____ - ____
Data

Czytelny podpis osoby występującej z roszczeniem / Uposażonego

8. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

____ - ____ - ____
Data

Pieczęć Oddziału Banku

Podpis i pieczęć funkcyjna Upoważnionego Pracownika PKO BP SA (OFWCA)/Pracownika Ubezpieczyciela

9. 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 PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (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 skargi, 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 skargi 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 na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca skargę złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi na skargę w tej formie. Szczegółowe informacje dotyczące procesu rozpatrywania skargi są publikowane na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.

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: 89 308 936,29 zł w całości wpłacony. Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, www.pkoubezpieczenia.pl

10. INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

10.1. 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.

10.2. 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,

10.3. 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.

10.4. 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.

10.5. Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

10.6. 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.

10.7. 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.