



.....  
Imię i nazwisko Ubezpieczonego

.....  
PESEL

.....  
Obywatelstwo

.....  
Adres zamieszkania – kod, miasto, ulica, nr domu, nr tel. stacjonarnego lub komórkowego

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA**  
**do umowy grupowego ubezpieczenia „UBEZPIECZENIE NA SZÓSTKĘ”**  
**dla posiadaczy i użytkowników kart kredytowych Student, Błękitna i Srebrna,**  
**wydawanych przez PKO BP S.A.**

Niniejsza Deklaracja, po wypełnieniu i potwierdzeniu jej przyjęcia przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną (zwaną dalej „PKO BP S.A.”), stanowi dowód objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną (zwaną dalej „PZU SA”) w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia dla posiadaczy i użytkowników kart kredytowych wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną, nr BB012008.

1. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową przez PZU SA w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia dla posiadaczy i użytkowników kart kredytowych wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną nr BB012008 (zwanej dalej „Umową”).
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia „UBEZPIECZENIE NA SZÓSTKĘ” dla posiadaczy i użytkowników kart kredytowych Student, Błękitna i Srebrna wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną, ustalonych Uchwałą Nr UZ/23/2011 z dnia 24 stycznia 2011 roku Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej, (zwanych dalej „Ogólnymi warunkami ubezpieczenia”).
3. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy otrzymałem(am) tekst Ogólnych warunków ubezpieczenia, zapoznałem(am) się z ich treścią oraz akceptuję ich treść.
4. Dla potrzeb związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z Umowy i wysokością tego świadczenia, a także z ustaleniem przyczyny śmierci, upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarzy do udzielania PZU SA informacji, w tym do przekazania PZU SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem .
5. Jako Uposażonego/Uposażonych, wskazuję\*:

1) Nazwisko/Nazwa .....  
Pierwsze imię .....  
Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) .....  
Nr REGON (dotyczy osób prawnych):.....  
% świadczenia: .....

2) Nazwisko/Nazwa .....  
Pierwsze imię .....  
Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) .....  
Nr REGON (dotyczy osób prawnych):.....  
% świadczenia: .....

