



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DLA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH WYDAWANYCH PRZEZ POWSZECHNĄ KASĘ OSZCZĘDNOŚCI BANK POLSKI SPÓŁKĘ AKCYJNĄ

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko
PESEL
Adres zamieszkania - kod, miasto, ulica, nr domu, nr tel. stacjonarnego i/lub komórkowego

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Warunków ubezpieczenia dla posiadaczy kart kredytowych wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną, zwaną dalej („Bank”). Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem(am) tekst warunków ww. ubezpieczenia oraz zapoznałem/am się z nimi i zaakceptowałem/am ich treść.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, zwane dalej („Ubezpieczycielem”), również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww. podmioty do udzielenia Ubezpieczycielowi wszystkich informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawieranej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgoda jest nieodwołalna i skuteczna w odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz przez Bank oraz Ubezpieczyciela.

Wyrażam zgodę na przekazanie przez Bank Ubezpieczycielowi danych o zawartej przeze mnie umowie o wydanie i używanie karty kredytowej wydanej przez Bank, w tym w szczególności na przekazanie następujących danych: rodzaj karty, numer karty, miesiąc i rok wydania karty, miesiąc i rok upływu ważności karty, imię i nazwisko posiadacza karty, objętych tajemnicą bankową, w zakresie i celu niezbędnym dla realizowania warunków ochrony ubezpieczeniowej.

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość i data

Przyjmuję do wiadomości, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, jest administratorem moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, które będą przez Towarzystwo to przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną. Podanie powyższych danych jest niezbędne do realizacji umowy ubezpieczenia.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że służy mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość i data