

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

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

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

posiadaczy rachunków kart kredytowych Powszechnej Kasy Oszczędności Banku Polskiego Spółki Akcyjnej

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia na Życie Posiadaczy Rachunków Kart Kredytowych Powszechnej Kasy Oszczędności Banku Polskiego Spółki Akcyjnej. Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem(am) tekst warunków ww. ubezpieczenia oraz że zapoznałem(am) się z ich treścią. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, adres: 81 -731 Sopot, ul. Hestii 1, moich danych osobowych oraz na przekazanie przez PKO BP SA Ubezpieczycielowi danych o zawartej umowie dotyczącej posiadania rachunku kart kredytowych objętych tajemnicą bankową, w zakresie i celu niezbędnym do realizowania warunków ochrony ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę, aby PKO BP SA wskazywał Uposażonego uprawnionego do świadczenia z tytułu mojego zgonu w ramach ww. umowy ubezpieczenia. Uposażonym, do wysokości kwoty zadłużenia wynikającej z posiadania przez Ubezpieczonego karty w dniu zatwierdzenia świadczenia do wypłaty, jest PKO BP SA. W przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia upoważniam (także po mojej śmierci) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. do zasięgania od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarzek, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam również ww. podmioty do udzielenia Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. wszystkich informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na zasięganie informacji dotyczących mojej osoby w każdym innym towarzystwie ubezpieczeniowym, w którym jestem, byłem(am) ubezpieczony(a) lub występowałem(am) o ubezpieczenie. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A., niezbędnych do ustalenia wysokości świadczenia, informacji dotyczących transakcji realizowanych w ramach rachunku karty kredytowej.

Upoważniam Bank do przechowywania treści powyższego oświadczenia oraz do przekazania jej Ubezpieczycielowi i osobom zgłaszającym roszczenie w przypadku, gdy będzie to uzasadnione postępowaniem w sprawie rozpatrzenia roszczenia.

Upoważniam PKO BP SA do udzielenia Ubezpieczycielowi wszelkich informacji niezbędnych do prawidłowej obsługi umowy ubezpieczenia. Zostałem poinformowany, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1,
- 2) celem przetwarzania moich danych osobowych jest przystąpienie do ww. umowy ubezpieczenia i jej wykonywanie,
- 3) mam prawo do dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data, podpis Ubezpieczonego)

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

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

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY PRACY

posiadaczy kart kredytowych Powszechnej Kasy Oszczędności Banku Polskiego Spółki Akcyjnej

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Pracy Posiadaczy Kart Kredytowych Powszechnej Kasy Oszczędności Banku Polskiego Spółki Akcyjnej. Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem(am) tekst warunków ww. ubezpieczenia oraz że zapoznałem(am) się z ich treścią. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, adres: 81 -731 Sopot, ul. Hestii 1, moich danych osobowych oraz na przekazanie przez PKO BP SA Ubezpieczycielowi danych o zawartej umowie dotyczącej posiadania rachunku kart kredytowych objętych tajemnicą bankową, w zakresie i celu niezbędnym do realizowania warunków ochrony ubezpieczeniowej.

Jednocześnie wyznaczam PKO BP SA jako uprawnionego do odbioru świadczeń wynikających z tytułu umowy. Składam dyspozycję, aby wszelkie świadczenia wypłacone PKO BP SA zostały przeznaczone na spłatę zadłużenia z tytułu umowy o wydanie i używanie karty kredytowej.

Upoważniam Bank do przechowywania treści powyższego oświadczenia oraz do przekazania jej Ubezpieczycielowi i osobom zgłaszającym roszczenie w przypadku, gdy będzie to uzasadnione postępowaniem w sprawie rozpatrzenia roszczenia. Upoważniam PKO BP SA do udzielenia Ubezpieczycielowi wszelkich informacji niezbędnych do prawidłowej obsługi umowy ubezpieczenia. Zostałem poinformowany, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1,
- 2) celem przetwarzania moich danych osobowych jest przystąpienie do ww. umowy ubezpieczenia i jej wykonywanie,
- 3) mam prawo do dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data, podpis Ubezpieczonego)