

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „UBEZPIECZENIE NA SZÓSTKĘ” DLA POSIADACZY I UŻYTKOWNIKÓW KART KREDYTOWYCH STUDENT, BŁĘKITNA, PRZEJRZYSTA, SREBRNA I PARTNERSKA, 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.

I Dane Ubezpieczonego

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nazwisko | Pierwsze imię | Drugie imię |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| PESEL | Obywatelstwo | |
| Adres zamieszkania: | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ulica | Numer domu | Numer lokalu |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kod pocztowy | Miejscowość | Poczta |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nr tel. stacjonarnego lub komórkowego | | |

II Oświadczenie

- 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 (zwaną dalej „Umową”).
 - Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia „UBEZPIECZENIE NA SZÓSTKĘ” dla posiadaczy i użytkowników kart kredytowych Student, Błękitna, Przejrzysta, Srebrna i Partnerska, wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną, ustalonych uchwałą nr UZ/280/2013 Zarządu PZU SA z dnia 16 października 2013 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/13/2014 Zarządu PZU SA z dnia 17 stycznia 2014 r. oraz uchwałą nr UZ/429/2015 Zarządu PZU SA z dnia 23 grudnia 2015 r. (zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami ubezpieczenia”).
 - Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy otrzymałem/am tekst Ogólnych warunków ubezpieczenia, zapoznałem/am się z ich treścią oraz akceptuję ich treść.
 - Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie „Informacja Administratora danych osobowych”.
 - 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.
6. Jako Uposażonego/Uposażonych wskazuję*:

| | | | |
|----|---|----------------------|---|
| 1) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Nazwisko/Nazwa | Pierwsze imię | PESEL |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) | | REGON (dotyczy osób prawnych) % świadczenia |
| 2) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Nazwisko/Nazwa | Pierwsze imię | PESEL |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) | | REGON (dotyczy osób prawnych) % świadczenia |
| 3) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Nazwisko/Nazwa | Pierwsze imię | PESEL |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) | | REGON (dotyczy osób prawnych) % świadczenia |

- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie.
- Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

| | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data złożenia Deklaracji | Miejscowość | Czytelny podpis Ubezpieczonego |

* W przypadku, gdy Ubezpieczony zamierza wskazać więcej niż trzech Uposażonych powinien wypełnić odrębny formularz: „Oświadczenie Ubezpieczonego wskazujące Uposażonego lub zmieniające wcześniej złożone oświadczenie, w którym nastąpiło wskazanie Uposażonego, zamieszczone w deklaracji przystąpienia lub wcześniejszych ww. oświadczeniach”.

WYPEŁNIA OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ PKO BP S.A.:

Data przyjęcia Deklaracji

Miejscowość

Pieczęć imienna i czytelny podpis osoby upoważnionej przez PKO BP SA

Wszelkie informacje o ubezpieczeniu oraz pomoc w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego można uzyskać pod numerem telefonu 801 102 102 lub +48 22 566 55 55

W celu skorzystania z usług assistence prosimy dzwonić pod numer telefonu 801 102 102 lub +48 22 2 102 102