

**DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ****DLA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH WYDAWANYCH PRZEZ POWSZECHNĄ KASĘ OSZCZĘDNOŚCI  
BANK POLSKI SPÓŁKĘ AKCYJNĄ (ZWANĄ DALEJ „BANKIEM”)**

---

**Imię i nazwisko**

---

**PESEL**

---

**Adres zamieszkania - kod, miasto, ulica, nr domu, nr tel. stacjonarnego i/lub komórkowego****OŚWIADCZENIA SKŁADANE UBEZPIECZAJĄCEMU**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Warunków ubezpieczenia podróżnego dla posiadaczy kart kredytowych wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną (kod: KK-P 01/17),

Zobowiązuję się do finansowania kosztu składki ubezpieczeniowej w wysokości 4 zł miesięcznie. Zgadzam się, aby koszt składki został doliczony do salda wykorzystanego limitu kredytowego na koniec każdego miesięcznego cyklu rozliczeniowego i był płatny zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Karty Kredytowej.

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w ramach „Umowy ubezpieczenia podróżnego dla posiadaczy kart wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną nr CAUG/033/10/BWZB” i na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałem(am) tekst „Warunków ubezpieczenia podróżnego dla posiadaczy kart kredytowych wydawanych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną (kod: KK-P 01/17).” (zwanymi dalej „warunkami ubezpieczenia”) określających zasady, na jakich udzielana mi będzie ochrona ubezpieczeniowa, w tym zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powinności lub obowiązki Ubezpieczonego, wysokości sumy ubezpieczenia, wysokości świadczeń i zasady ich wypłat, jak również sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej, oraz akceptuję te warunki ubezpieczenia.

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**

## **DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ**

### **DLA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH WYDAWANYCH PRZEZ POWSZECHNĄ KASĘ OSZCZĘDNOŚCI BANK POLSKI SPÓŁKĘ AKCYJNĄ (ZWANĄ DALEJ „BANKIEM”)**

#### **OŚWIADCZENIA SKŁADANE UBEZPIECZYCIELOWI**

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej ("Ubezpieczycielem"), w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia oraz w celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, 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 stanu mojego zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. 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 wysokością 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.

Przyjmuję do wiadomości, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2014.1182 j.t.) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., 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