



OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZEKAZANIE INFORMACJI OBJĘTYCH TAJEMNICĄ BANKOWĄ ORAZ PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

DANE UBEZPIECZONEGO

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

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