

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „UBEZPIECZENIE NA SZÓSTKĘ” DLA POSIADACZY I UŻYTKOWNIKÓW KART KREDYTOWYCH STUDENT, BŁĘKITNA, PRZEJRZYSTA, SREBRNA I PARTNERSKA, WYDAWANYCH PRZÉZ 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"/>	Kraj
<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 z dnia 16 października 2013 r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/13/2014 z dnia 17 stycznia 2014 r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej (zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami ubezpieczenia”).
- Jako Uposażonego/Uposażonych wskazuję*:
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy otrzymałem/am tekst Ogólnych warunków ubezpieczenia, zapoznałem/am się z ich treścią oraz akceptuję ich treść.
- 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.

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.

III Informacja

Administratorem danych osobowych podanych w związku z przystąpieniem do Umowy jest Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24. Celem przetwarzania podanych danych osobowych jest przystąpienie do Umowy i jej wykonywanie.

Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Przekazanie danych osobowych jest niezbędne do przystąpienia do Umowy

<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 SA:

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 assistance prosimy dzwonić pod numer telefonu 801 102 102 lub +48 22 2 102 102