

Deklaracja zgody

Deklaracja winna być podpisana w dniu złożenia wniosku o kredyt.

www.pocztowy.pl
informacja@pocztowy.pl
tel. 0 52 34 99 499
infolinia 0 801 100 500*



Dane Kredytobiorcy

Nazwisko _____ Imię _____

PESEL _____

Adres do korespondencji: Kod pocztowy _____ Poczta/Miejscowość _____

Ulica/ Wieś _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Telefon domowy _____ Telefon komórkowy 0 _____

Adres poczty elektronicznej _____

I. UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZGONU:

1. Po zapoznaniu się z warunkami grupowego ubezpieczenia osób fizycznych zawierających z BANKIEM POCZTOWYM S.A. umowy o kredyt gotówkowy oświadczam, że zgadzam się na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia:

na wypadek zgonu przez TU na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 Tak Nie

2. Oświadczam, że zostałem poinformowany o tym, że ubezpieczeniem objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, których przyczyny powstały w okresie ubezpieczenia.

3. Ponadto oświadczam, że:

a) mój stan zdrowia wymaga regularnego nadzoru lub leczenia (za wyjątkiem profilaktyki lekarskiej) m.in. obecnie choruję lub Tak Nie

przechodziłem(am) którąkolwiek z n/w chorób lub schorzeń: choroby niedokrwienne serca, w tym: zawał serca, choroba wieńcowa, dusznica bolesna; choroby tętnic, w tym miażdżycę i tętniak; choroby naczyń mózgowych, w tym udar mózgu; choroba nadciśnieniowa; zaburzenia rytmu serca; choroby nowotworowe; padaczka; cukrzyca, gruźlica, astma; niewydolność nerek; zwłóknienie i marskość wątroby; choroby trzustki; choroby zakaźne (AIDS lub nosicielstwo wirusa HIV, poza chorobami wieku dziecięcego) **

b) przebywam na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub wypadku) dłużej niż 30 kolejnych dni Tak Nie

c) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub wypadku) dłużej niż 30 kolejnych dni Tak Nie

d) przebywam w szpitalu (z powodu choroby lub wypadku) dłużej niż 30 kolejnych dni Tak Nie

e) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałem(am) w szpitalu (z powodu choroby lub wypadku) dłużej niż 30 kolejnych dni Tak Nie

4. Upoważniam każdego lekarza, zakład opieki zdrowotnej i przedstawicieli organu ubezpieczeń społecznych do udzielenia informacji TU na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 o stanie mojego zdrowia oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji dotyczącej przebiegu mojego leczenia lub zgonu, koniecznej do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia. W tym celu podaję dane mojego lekarza pierwszego kontaktu lub przychodni lekarskiej, w której się leczę:

Dane lekarza/Przychodni lekarskiej:

Nazwisko _____ Imię _____

Nazwa przychodni lekarskiej _____

Adres do korespondencji: Kod pocztowy _____ Poczta/Miejscowość _____

Ulica/ Wieś _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Telefon domowy _____ Telefon komórkowy 0 _____

5. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego podaję poniżej osoby do kontaktu z TU na Życie EUROPA SA

Nazwisko _____ Imię _____

Adres do korespondencji: Kod pocztowy _____ Poczta/Miejscowość _____

Ulica/ Wieś _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Telefon domowy _____ Telefon komórkowy 0 _____

II. UBEZPIECZENIE NA WYPADEK UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU:

1. Po zapoznaniu się z warunkami grupowego ubezpieczenia osób fizycznych zawierających z BANKIEM POCZTOWYM SA umowy o kredyt gotówkowy oświadczam, że zgadzam się na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia:

na wypadek utraty stałego źródła dochodu przez TU EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 Tak Nie

2. Ponadto oświadczam, że:

a) przez ostatnie 12 miesięcy posiadałem(am) status osoby bezrobotnej** Tak Nie

b) mój wniosek o ubezpieczenie od ryzyka utraty stałego źródła dochodu został kiedykolwiek wcześniej odrzucony lub ustalono specjalne warunki takiego ubezpieczenia ** Tak Nie

III. POSTANOWIENIA WSPÓLNE DLA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU I UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU:

1. Wyrażam zgodę na: przekazanie moich danych osobowych do TU na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 / TU EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4, jak również informacji stanowiących tajemnicę bankową (w tym wgląd w dokumentację kredytową oraz informacje dotyczące wykonywania umowy kredytowej, w celu prawidłowej realizacji ochrony ubezpieczeniowej), przetwarzanie danych osobowych w każdy sposób w celach związanych z udzieloną ochroną ubezpieczeniową przez TU na Życie EUROPA SA / TU EUROPA SA oraz przekazanie moich danych firmie reasekuracyjnej, jeżeli będzie to wymagane w związku z warunkami reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.

(Przekazanie danych jest dobrowolne, jednak jest warunkiem realizacji ochrony ubezpieczeniowej.)

2. W razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem wskazuję BANK POCZTOWY SA jako uprawnionego do odbioru świadczeń.
3. Przyjmuję do wiadomości fakt, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych będących w posiadaniu TU na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 / TU EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 i prawo ich poprawiania.
4. Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym, że administratorem danych jest TU na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4 / TU EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4.
5. Potwierdzam odbiór Warunków Grupowego Ubezpieczenia na życie i na wypadek utraty stałego źródła dochodu, stanowiących wyciąg z Umowy Ubezpieczenia. Oświadczam, że zapoznałem się z ich treścią, a w szczególności zostałem poinformowany o wyłączeniu odpowiedzialności Towarzystwa oraz, że w przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu, TU na Życie EUROPA SA wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia, w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, zdarzenia ubezpieczeniowego (to jest zgonu), jeśli przyczyna tego zdarzenia ubezpieczeniowego powstała w okresie ubezpieczenia. Akceptuję zawarte w warunkach ubezpieczenia postanowienia.
6. Oświadczam, że wszelkie dane podane przeze mnie w niniejszej Deklaracji Zgody są zgodne z prawdą oraz posiadaną wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU na Życie EUROPA SA i TU EUROPA SA może odmówić wypłaty świadczenia na zasadach określonych w warunkach grupowego ubezpieczenia osób fizycznych zawierających z BANKIEM POCZTOWYM SA umowy o kredyt gotówkowy i w Kodeksie Cywilnym.

Data

Miejscowość

Czytelny podpis Kredytobiorcy

Stwierdza się zgodność danych z okazanymi dokumentami tożsamości oraz potwierdza własnoręczność złożonego podpisu. (Wypełnia pracownik Banku)

Data

Miejscowość

Pieczęć/
stempel dzienny

Podpis osoby przyjmującej

Nr umowy kredytowej

Uzupełnia pracownik Banku.

udział procentowy Ubezpiezonego w sumie ubezpieczenia:

na życie %

na wypadek utraty stałego źródła dochodu %

Podpis pracownika Banku

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000092396, o numerze REGON 932716961 i numerze NIP 8951765137, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony: 37 200 000 zł,

Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 000002736, o numerze REGON: 272324625 i numerze NIP 8951007276, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony: 31 500 000 zł.

*) opłata za połączenie jak za 1 impuls w rozmowie lokalnej

**) (jeżeli w Pana/i przypadku odpowiedź na którekolwiek z pytań brzmi „TAK” nie może Pan/i przystąpić do ubezpieczenia).