

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA**  
**do Umowy Generalnej Ubezpieczenia Kart**  
**Banku Pocztowego S.A.**

www.poczty.pl  
informacja@poczty.pl  
tel. 52 34 99 499  
infolinia 801 100 500\*



Ubezpieczający: **Bank Pocztowy S.A.**

Dane Posiadacza karty:

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Dane Ubezpieczonego (jeżeli inne niż Posiadacza karty):

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Dane dotyczące ubezpieczenia:

zgodnie ze **Szczególnymi warunkami grupowego ubezpieczenia kart wydawanych przez Bank Pocztowy Spółkę Akcyjną**

Oświadczenie Posiadacza karty / Ubezpieczonego:

1. Niniejszym wyrażam zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Generalnej Ubezpieczenia Kart Banku Pocztowego S.A. („Umowa ubezpieczenia”) zawartej pomiędzy Poczтовым Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych a Bankiem Poczтовым S.A.
2. Oświadczam, że zapoznałam/m się z SWU przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku wystąpienia przeze mnie do TUV Pocztove jako Ubezpieczyciela z roszczeniem o odszkodowanie wyrażam zgodę i upoważniam Bank Pocztowy S.A. do udostępnienia TUV Pocztove informacji objętych tajemnicą bankową oraz moich danych osobowych w celu ustalenia zasadności roszczenia o odszkodowanie i wypłaty świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

Data

Czytelny Podpis **Posiadacza karty**

Podpis **Ubezpieczonego** (jeżeli nie jest Posiadaczem karty)

Wypełnić piśmem drukowanym - kolorem czarnym lub niebieskim - znakiem X zaznaczyć właściwe pole