

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA UTRATY PRACY**

dla Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Inteligo w PKO BP SA



Ubezpieczenia

ERGO
HESTIA®

Terminy użyte z dużej litery w treści niniejszej Deklaracji Przystąpienia przyjmują znaczenie nadane im w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Inteligo w PKO BP SA z dnia 7 sierpnia 2014 r („OWU na Życie”) oraz Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia utraty pracy albo czasowej niezdolności do pracy albo trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz ubezpieczenia assistance dla Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Inteligo w PKO BP SA [PI 01/14] („OWU Utrata Pracy”).

1. UBEZPIECZONY

Nr umowy Pożyczki Inteligo	<input type="text"/>	Numer PID Klienta	<input type="text"/>
Pierwsze Imię	<input type="text"/>	Drugie Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Nr telefonu komórkowego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Nr kier. kraju		
E-mail	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu

2.

UBEZPIECZAJĄCY	UBEZPIECZYCIELE (dalej zwani łącznie „Ubezpieczycielami”)	
Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia Spółka Akcyjna	PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
ul. Puławska 15, 02-515 Warszawa wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000026438 REGON: 016298263 NIP: 525-000-77-38 Kapitał zakładowy, w całości opłacony 1 250 000 000 PLN, zw. dalej PKO BP SA	ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk -Północ, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000024812; NIP: 585-000-16-90, o kapitale zakładowym 185.980.900 zł opłaconym w całości	ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000031094 REGON: 010630940 NIP: 521-04-19-914 Kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 192 529 463,11 PLN

3. UPOSAŻONY

Wskazuję Ubezpieczającego jako Uposażonego do części Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w wysokości równoważności Salda Zadłużenia Pożyczki Inteligo na dzień zajścia zdarzenia oraz odsetek wskazanych w § 12 ust. 3 OWU na Życie. W zakresie pozostałej części Świadczenia z tytułu zgonu, określonego w OWU na Życie wskazuję następujących Uposażonych:

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko / Nazwa	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) / REGON (dotyczy osób prawnych)	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>	Nazwisko / Nazwa	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL lub stopień pokrewieństwa	<input type="text"/>

Imię	<input type="text"/>	(dotyczy osób fizycznych) / REGON (dotyczy osób prawnych)	Nazwisko / Nazwa	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>			
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) / REGON (dotyczy osób prawnych)		<input type="text"/>

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data (dd-mm-rrrr)	Miejscowość	Podpis Ubezpieczonego

4. UPRAWNIONY

Do chwili całkowitej spłaty zadłużenia wyznaczam PKO BP SA jako Uprawnionego do odbioru świadczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia utraty pracy. Składam dyspozycję, aby wszelkie Świadczenia wypłacone PKO BP SA z tytułu Umowy ubezpieczenia utraty pracy zostały przeznaczone na spłatę zadłużenia z tytułu umowy Pożyczki Inteligo wraz z odsetkami należnymi PKO BP SA.

5. ZAKRES I WARUNKI OCHRONY

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Zgon Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia zgodnie z § 12 ust. 2 oraz ust. 3 OWU na Życie
Utrata Pracy	Zgodnie z § 12 OWU Utrata Pracy
Czasowa Niezdolność do Pracy	Zgodnie z § 13 OWU Utrata Pracy
Trwałe Inwalidztwo	Zgodnie z § 14 OWU Utrata Pracy
Assistance	Zgodnie z § 17-19 OWU Utrata Pracy
Początek Okresu Odpowiedzialności PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.	Zgodnie z § 4 OWU na Życie
Początek Okresu Odpowiedzialności Sopotkiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia S. A.	Zgodnie z § 4 OWU Utrata Pracy
Wysokość Pożyczki Inteligo	
Oplata za ochronę ubezpieczeniową	0,35% x Kwota Pożyczki Inteligo netto, powiększona o kwotę prowizji, jeżeli podlega ona kredytowaniu x Liczba miesięcy okresu kredytowania W przypadku rezygnacji przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej przed końcem okresu ochrony, na podstawie § 6 ust. 2 pkt. 1 OWU na Życie oraz § 8 ust. 2 pkt. 1 OWU Utrata Pracy, Ubezpieczonemu przysługiwać będzie od Ubezpieczającego zwrot opłaty za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

6. OŚWIADCZENIA

Administratorem przekazanych danych osobowych jest PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna. Powyższe dane osobowe są przetwarzane w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania grupowej Umowy Ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO BP SA („Umowa Ubezpieczenia na życie”). Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawo żądania zaprzestania ich przetwarzania. Jednocześnie informujemy, że przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadkach wskazanych w ustawie z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji Umowy Ubezpieczenia na życie.

Administratorem przekazanych danych osobowych jest Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia Spółka Akcyjna. Powyższe dane osobowe są przetwarzane w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy ubezpieczenia utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych udzielonych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną („Umowa Ubezpieczenia utraty pracy”). Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawo żądania zaprzestania ich przetwarzania. Jednocześnie informujemy, że przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadkach wskazanych w ustawie z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji Umowy Ubezpieczenia utraty pracy.

Umowa Ubezpieczenia na życie oraz Umowa Ubezpieczenia utraty pracy zwane są dalej łącznie „Umowami Ubezpieczenia”.

Oświadczam, że:

- Otrzymałem(-am), zapoznałem(-am) się i akceptuję treść OWU na Życie oraz OWU Utrata Pracy. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umów Ubezpieczenia, zawartych na podstawie OWU na Życie oraz OWU Utrata Pracy.
- Zapoznałem(-am) się, zrozumiałem(-am) i akceptuję wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczycieli, określone w § 5 OWU na Życie oraz § 6-7 OWU Utrata Pracy
- Zostałem(-am) poinformowany(-a), że podpisanie niniejszej Deklaracji Przystąpienia oraz opłacenie Składki Ubezpieczeniowej stanowią podstawę objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową, w ramach Umów Ubezpieczenia i na podstawie OWU na Życie oraz OWU Utrata Pracy.
- Podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą. Jestem świadomy(-a), że podanie nieprawdziwych, fałszywych lub niekompletnych

