



**DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE  
GRUPOWYM UBEZPIECZENIEM NA ŻYCIE POŻYCZKOBIORCÓW POŻYCZEK INTELIGO  
UDZIELONYCH PRZEZ PKO BP SA ORAZ  
GRUPOWYM UBEZPIECZENIEM UTRATY PRACY DLA POŻYCZKOBIORCÓW POŻYCZEK INTELIGO  
UDZIELONYCH PRZEZ PKO BP SA**

**Określenia, które zostały zdefiniowane w warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.**

**UMOWA POŻYCZKI**

Numer umowy pożyczki .....  
Kwota udzielonej pożyczki (w zł) .....  
Liczba Ubezpieczonych – Pożyczkobiorców .....

**UBEZPIECZONY**

Imię i nazwisko .....  
PESEL.....  
Adres zameldowania.....  
Adres do korespondencji.....  
Nr Klienta w PKO BP.....  
Nr telefonu kontaktowego.....

**UBEZPIECZAJĄCY: Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna (zwana „PKO BP”)**

**UBEZPIECZYCIEL: STUnŻ Ergo Hestia S.A. lub STU Ergo Hestia S.A. (zwani wspólnie „Ubezpieczycielami”)**

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO:**

1. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie „Warunków ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo udzielonych przez PKO BP S.A.” oraz „Warunków grupowego ubezpieczenia utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo udzielonych przez PKO BP S.A.” (zwanymi łącznie „warunkami ubezpieczenia”) na sumy ubezpieczenia określone w tych warunkach ubezpieczenia w ramach:

- 1) Umowy ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców Powszechnej Kasy Oszczędności Banku Polskiego Spółki Akcyjnej zawartej pomiędzy Powszechną Kasą Oszczędności Bankiem Polskim Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie, przy ul. Puławskiej 15 a Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 (zwanej dalej „umową ubezpieczenia na życie”) oraz
- 2) Umowy ubezpieczenia utraty pracy dla pożyczkobiorców Powszechnej Kasy Oszczędności Banku Polskiego Spółki Akcyjnej zawartej pomiędzy Powszechną Kasą Oszczędności Bankiem Polskim Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie, przy ul. Puławskiej 15 a Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 (zwanej dalej „umową ubezpieczenia”).

Wyżej wymienione umowy zwane są łącznie „umowami ubezpieczenia”.

2. Potwierdzam, że przed przystąpieniem do umów ubezpieczenia otrzymałem/am tekst „Warunków ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo udzielonych przez PKO BP S.A.” oraz „Warunków grupowego ubezpieczenia utraty pracy dla Pożyczkobiorców pożyczek Inteligo udzielonych przez PKO BP S.A.” Oświadczam, że zapoznałem/am się z ich treścią, są one dla mnie zrozumiałe i w pełni je akceptuję.

3. Wyrażam zgodę na pobranie, w dniu postawienia pożyczki do mojej dyspozycji, z kwoty udzielonej pożyczki, jednorazowej składki ubezpieczeniowej w wysokości wskazanej w umowie pożyczki, tytułem zwrotu kosztów ubezpieczenia poniesionych przez PKO BP.
4. Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszej deklaracji zgody dane są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się do informowania PKO BP i Ubezpieczycieli o zachodzących zmianach odnośnie danych zawartych w niniejszej deklaracji zgody. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku podania nieprawdziwych danych, Ubezpieczyciele będą wolni od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że na podstawie art. 815 kodeksu cywilnego podanie informacji wymaganych do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia jest obowiązkowe.
6. Wyrażam zgodę, aby PKO BP – jako Ubezpieczający w umowie ubezpieczenia na życie – wyznaczał Uposażonego uprawnionego do świadczenia z tytułu mojego zgonu, do wysokości kwoty zadłużenia wynikającego z umowy pożyczki wraz z odsetkami należnymi PKO BP w dniu zatwierdzenia świadczenia do wypłaty.
7. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości wskazania przeze mnie Uposażonego do odbioru świadczenia z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
8. Do chwili całkowitej spłaty zadłużenia wyznaczam PKO BP jako Uprawnionego do odbioru pozostałych świadczeń wynikających z umów ubezpieczenia. Składam dyspozycję, aby wszelkie świadczenia wypłacone PKO BP z tytułu umów ubezpieczenia zostały przeznaczone na spłatę zadłużenia z tytułu umowy pożyczki wraz z odsetkami należnymi PKO BP.
9. Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP do przekazania Ubezpieczycielom informacji objętych tajemnicą bankową o treści zawartej umowy pożyczki, w zakresie i celu niezbędnym do realizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej oraz do przekazania moich danych osobowych w celu ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczeń z tytułu umów ubezpieczenia.
10. W przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia upoważniam (także po mojej śmierci) Ubezpieczycieli do zasięgania od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących stanu mojego zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgoda jest nieodwołalna.
11. 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 ze zm.) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. oraz Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, są administratorami moich danych osobowych, które będą przetwarzane przez tych Ubezpieczycieli w celu wywiązania się z umów ubezpieczenia zawartych przez PKO BP na mój rachunek.
12. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania. Przyjmuję do wiadomości, iż przekazanie danych osobowych jest niezbędne do przystąpienia do niniejszego ubezpieczenia.
13. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie zobowiązuję się do informowania PKO BP i Ubezpieczycieli o zachodzących zmianach odnośnie moich/naszych danych osobowych.

#### **UPOSAŻENI UBEZPIECZONEGO:**

**(Osoby uprawnione do odbioru świadczenia z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz świadczenia z tytułu zgonu (niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem) w kwocie pozostałej po wypłacie PKO BP na podstawie warunków ubezpieczenia).\***

1. Nazwisko/Nazwa: .....  
Pierwsze imię: .....  
Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....  
% świadczenia: .....
2. Nazwisko/Nazwa: .....

Pierwsze imię: .....

Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych):.....

% świadczenia: .....

3. Nazwisko/Nazwa: .....

Pierwsze imię: .....

Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....

% świadczenia: .....

*\*W razie gdyby Ubezpieczony pragnął wskazać więcej niż 3 Uprawnionych, należy wypełnić odrębny formularz: Oświadczenie Ubezpieczonego wskazujące lub zmieniające wskazanie uprawnionego.*

.....

Miejscowość  
ubezpieczenia

Data

Podpis/y przystępującego/ych do

**WYPEŁNIA OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ PKO BP:**

Potwierdzam zgodność danych zawartych w niniejszej deklaracji zgody ze stanem faktycznym.

.....

Miejscowość

Data

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

*Niniejsza deklaracja zgody została przygotowana w 2 jednobrzmiących egzemplarzach - po jednym egzemplarzu dla Pożyczkobiorcy przystępującego do ubezpieczenia i dla PKO BP.*