SKOK UBEZPIECZENIA

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo–Kredytowych
Spółka Akcyjna
81–743 Sopot, ul. Władysława IV 22,
tel. 058 550 97 28, fax 058 550 97 29,
e–mail: zycie@tuskokzycie.com.pl www.skok.pl

Pieczęć Ubezpieczającego
Seria i numer polisy:

DEKLARACJA ZGODY NA PRZYSTĄPIENIE DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CZŁONKÓW SKOK *- PROMESA KOMFORT -*

DANE UBEZPIECZONEGO:

Imię:	Nazwisko:
PESEL:	Nr dowodu osobistego/paszportu:
Nr członkowski w SKOK	Data nabycia członkostwa w SKOK:

Adres zamieszkania:

Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:			Miejscowość:
Poczta:			Kod pocztowy:

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU GRUPOWYM:

Rodzaj ubezpieczenia: GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE CZŁONKÓW SKOK *„PROMESA KOMFORT"*

Ubezpieczający:

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego

Suma ubezpieczenia: ……..

(równa wartości zadłużenia na dzień podpisania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust.3 OWU, nie więcej niż suma ubezpieczenia określona w polisie)

Okres ubezpieczenia: od dnia następnego po podpisaniu deklaracji zgody, z zastrzeżeniem postanowień OWU, do końca okresu trwania pożyczki

Wysokość składki: zł
(słownie złotych)

Numer umowy pożyczki: z dnia:

Wyrażam zgodę na wskazanie następujących uprawnionych:
- do wysokości zadłużenia Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego (SKOK) na dzień śmierci Ubezpieczonego - Ubezpieczający
- w wysokości kwoty pozostałej po wypłacie części należnej Ubezpieczającemu:

Imię i nazwisko	PESEL/data urodzenia	Adres	Udział w %

Niniejszym wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez Ubezpieczającego z TU SKOK ŻYCIE SA., na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Członków SKOK *„PROMESA KOMFORT"*, obowiązujących w dniu złożenia deklaracji zgody, z których treścią zapoznałem(am) się i oświadczam, że są one dla mnie zrozumiałe i w pełni je akceptuję. Wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji i innych dokumentach wymaganych przez TU SKOK ŻYCIE SA są zgodne z prawdą i zostały przeze mnie podane w dobrej wierze w celu przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Potwierdzam, że zostały mi dostarczone na piśmie informacje dotyczące pośrednika ubezpieczeniowego, zgodnie z wymogami ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.
Wyrażam zgodę na zasięganie przez TU SKOK ŻYCIE SA - w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia - wszystkich informacji medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub leczę albo zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę, w tym również na wypadek mojej śmierci, na udostępnianie TU SKOK ŻYCIE SA przez w/w podmioty oraz inne zakłady ubezpieczeń wszelkiej dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia oraz o przyczynie mojej śmierci (z wyłączeniem badań genetycznych). Upoważniam TU SKOK ŻYCIE SA do zasięgania informacji z sądu, prokuratury oraz innych organów i instytucji, w tym również Narodowego Funduszu Zdrowia (w zakresie ustalania placówek medycznych, w których leczę się lub leczyłem(am), w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności TU SKOK ŻYCIE SA.
W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, upoważniam SKOK do ujawnienia danych osobowych oraz niezbędnych informacji objętych tajemnicą bankową w zakresie związanym z realizacją postanowień zawartej umowy ubezpieczenia. Ponadto wyrażam zgodę na przedłożenie kopii umowy pożyczki oraz upoważniam TU SKOK ŻYCIE SA do przekazania SKOK informacji o osobach uprawnionych do świadczenia z tytułu mojej śmierci.

PODPISY UBEZPIECZONEGO:

Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty systemu spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych, w tym Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie, ul. Władysława IV 22 oraz Asekurację Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sopocie, ul. Władysława IV 22 dla celów analizy marketingowej oraz marketingu bezpośredniego ich produktów lub świadczonych usług.

Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczonego

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U.z 2002 r, nr 101, poz 926), informujemy, że TU SKOK ŻYCIE SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22 jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych w oparciu o przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz wydane na tej podstawie akty wykonawcze, które będą przetwarzane w związku z zawieraniem i realizacją umów ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

(wypełnia przedstawiciel TU SKOK ŻYCIE SA)

Potwierdzenie przyjęcia deklaracji zgody:

Imię i nazwisko	Kod pracownika	Pieczątka i podpis