

DEKLARACJA ZGODY¹⁾

(Do stosowania w przypadku przystępowania do ubezpieczenia w placówkach bankowych)

Nr Aplikacji/Rachunku Pożyczki	
--------------------------------	--

Dane Pożyczkobiorców*

Lp.	Imię/ Imiona	Nazwisko	PESEL (data urodzenia w przypadku obcokrajowców)	Adres zameldowania	Adres do korespondencji	Tel. komórkowy	Tel. stacjonarny
1				Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość, Kod	Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość, Kod	+48 -	+48 -
2				Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość, Kod	Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość, Kod	+48 -	+48 -
3				Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość, Kod	Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość, Kod	+48 -	+48 -
4				Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość, Kod	Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość, Kod	+48 -	+48 -

* Jeżeli w ramach jednej Umowy Pożyczki objętych ochroną ubezpieczeniową jest dwóch lub więcej Pożyczkobiorców - należy podać dane wszystkich Współubezpieczonych.

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową przez TU na Życie Europa SA w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu, oraz poważnego zachorowania, oraz jednego z dwóch ryzyk: całkowitej niezdolności do pracy albo inwalidztwa i TU Europa SA w zakresie jednego z dwóch ryzyk: ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów albo hospitalizacji, oraz czasowej niezdolności do pracy albo zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zwanych dalej Ubezpieczycielami, na zasadach określonych w Warunkach ubezpieczenia spłaty pożyczki w Banku Millennium (dalej: WU) udostępnionych w placówkach bankowych i na stronach internetowych Banku Millennium SA, a w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem wskazuję Bank Millennium SA jako uprawnionego do odbioru świadczenia.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany o tym, że zgodnie z WU ubezpieczeniem objęte są tylko te Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w okresie odpowiedzialności Ubezpieczycieli i których przyczyny zaistniały w okresie odpowiedzialności.
- Upoważniam każdego lekarza, zakład opieki zdrowotnej do udzielenia niezbędnych informacji Ubezpieczycielom o stanie mojego zdrowia lub o przyczynach zajścia zgonu oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji dotyczącej przebiegu mojego leczenia lub przyczyn zajścia zgonu w celu ustalenia prawa do świadczenia lub wysokości tego świadczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Bank Ubezpieczycielom informacji, w tym również informacji stanowiących tajemnicę bankową, niezbędnych do realizacji umów Ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez TU na Życie Europa SA w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, inwalidztwa, poważnego zachorowania i TU Europa SA w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów, hospitalizacji, czasowej niezdolności do pracy, zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w celach związanych z udzieloną ochroną ubezpieczeniową oraz przekazywanie moich danych osobowych firmie reasekuracyjnej w celu reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości fakt, iż podanie danych jest dobrowolne i przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

.....
czytelny podpis Pożyczkobiorcy (1)

.....
czytelny podpis Współpożyczkobiorcy (2)

¹ Dla Pożyczkobiorców, którzy przystępują do ubezpieczenia przy zawieraniu Umowy Pożyczki, Deklaracja winna być podpisana w dniu złożenia wniosku o Pożyczkę, dla pozostałych Pożyczkobiorców - w dowolnym czasie po zawarciu Umowy Pożyczki

.....
czytelny podpis Współpożyczkobiorcy (3).....
czytelny podpis Współpożyczkobiorcy (4).....
data, miejscowość**Adnotacja Banku**

Data: DD / MM / RRRR

Miejscowość:

Nr placówki:

Nr CIF:

Pieczęć i podpis pracownika przyjmującego
Deklarację Zgody

Stwierdziłem zgodność danych z okazanymi dokumentami tożsamości oraz potwierdziłem własnoręczność złożonego podpisu.