

JAK WYPEŁNIĆ DEKLARACJĘ ?

1. POBIERZ, WYDRUKUJ, WYPEŁNIJ, PODPISZ I WYŚLIJ SKAN LUB ZDJĘCIE
NA ADRES E-MAIL: biuro@brokergrupapalasz.pl

LUB

2. POBIERZ, WYPEŁNIJ ELEKTRONICZNIE, ODEŚLIJ BEZ PODPISU
NA ADRES E-MAIL: biuro@brokergrupapalasz.pl

Wariant ubezpieczenia NNW:

I wariant II wariant III wariant IV wariant

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA POLSKIEGO STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH „EGIDA”

Prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami dane członka Stowarzyszenia (Ubezpieczającego).

Imiona

Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

E-mail*

Telefon kontaktowy

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Dane Ubezpieczanego Dziecka/Dzieci

1.

Imiona i Nazwisko

PESEL

2.

Imiona i Nazwisko

PESEL

3.

Imiona i Nazwisko

PESEL

Sposób opłacenia składki gotówka karta przelew

Konto do opłacenia składki: 85 1050 0099 7428 0000 0000 2000

W tytule należy wpisać Imię i Nazwisko Dziecka oraz PESEL
wraz z numerem wariantu ubezpieczenia.

* Na adres e-mail wysłany zostanie Certyfikat potwierdzający zawarcie umowy Ubezpieczenia.

POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH „EGIDA”
Marynin 25B/47, 01-469 Warszawa
tel. 570 070 631, 570 070 651
biuro@egidastowarzyszenie.pl, www.egidastowarzyszenie.pl
KRS: 0000513782, NIP: 5223017448, REGON: 147326041



POLSKIE STOWARZYSZENIE
UBEZPIECZONYCH

1. Zgłaszam moją kandydaturę na członka Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych „EGIDA”. Oświadczam, że znane mi są postanowienia Statutu, cele i zadania Stowarzyszenia.
2. Oświadczam, że wszystkie informacje i dane podane w niniejszej deklaracji są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jeżeli którekolwiek z powyższych danych ulegną zmianie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych „EGIDA”.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych „EGIDA”, zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. z 1997r. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami) wyłącznie w celu realizacji postanowień statutowych Stowarzyszenia. Dane składam dobrowolnie, posiadam prawo dostępu do ich treści oraz możliwości ich poprawiania.
4. Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną (e-mailowo) lub telefonicznie (w tym poprzez wiadomości tekstowe SMS / graficzne MMS) informacji o działalności, planach i propozycjach Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych „EGIDA”, jak również handlowych o oferowanych przez Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych „EGIDA” lub za jego pośrednictwem o produktach lub usługach.

..... Czytelny podpis

Do umów ubezpieczenia oferowanych w ramach Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych „Egida” mogą przystąpić osoby, które staną się Członkiem Wspierającym Stowarzyszenia Ubezpieczonych, wypełniając deklarację członkowską oraz deklarację przystąpienia do wybranego programu ubezpieczeniowego.

Uwagi / Adnotacje

WYPEŁNIA ZARZĄD POLSKIEGO STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH „EGIDA”

Przyjęcie w poczet członków

.....
ID członka:

.....
Nr uchwały:

.....
Data przyjęcia:

.....
Data odmowy przyjęcia:

..... Podpis zatwierdzającego

POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH „EGIDA”
Marynin 25B/47, 01-469 Warszawa
tel. 570 070 631, 570 070 651
biuro@egidastowarzystwie.pl, www.egidastowarzystwie.pl
KRS: 0000513782, NIP: 5223017448, REGON: 147326041

