



POLSKIE STOWARZYSZENIE
UBEZPIECZONYCH

Wariant ubezpieczenia:

I wariant

II wariant

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA POLSKIEGO STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH „EGIDA”

Prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami.

.....
Imiona

.....
Nazwisko

.....
Data urodzenia

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

.....
E-mail

.....
Wykonywany zawód

Adres zameldowania

.....
Ulica

.....
Nr domu

.....
Nr mieszkania

.....
Miejscowość

.....
Kod pocztowy

Adres do korespondencji (wisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania)

.....
Ulica

.....
Nr domu

.....
Nr mieszkania

.....
Miejscowość

.....
Kod pocztowy

Partner polecający

-
.....
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 informacji 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.

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

**WYPEŁNIA ZARZĄD POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH „EGIDA”**

Przyjęcie w poczet członków

.....
ID członka:

.....
Nr uchwały:

.....
Data przyjęcia:

.....
Data odmowy przyjęcia:

.....
Podpis zatwierdzającego

