



Formularz zgłoszenia do grupowej polisy od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

Niniejszy Formularz Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy

8 0 1 3 1 0 2 7 2 1 0

Strona 1

Nazwa Ubezpieczającego

Związek Zawodowy Celnicy PL

Dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

D D

M M

R R R R

LUB

PESEL/nr Paszportu
(w przypadku obcokrajowców)

Oświadczenia

- Proszę o objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr 80131027210, zgodnie z wybranym przeze mnie wariantem ubezpieczenia.
- Integralną częścią polisy jest załącznik - klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr 80131027210, zostały mi doręczone i zapoznałem(am) się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków wraz ze Skorowidzem, przyjętymi Uchwałą Zarządu Generali T.U. S.A., obowiązującymi od dnia 11 kwietnia 2019 r. oraz ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (Karta produktu) i treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.
- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na finansowanie składki zapoznałem(am) się z zakresem odpowiedzialności i warunkami świadczenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków wraz ze Skorowidzem, przyjętymi Uchwałą Zarządu Generali T.U. S.A., obowiązującymi od dnia 11 kwietnia 2019 r. oraz ustandaryzowanym dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym (Karta produktu) z tytułu umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr 80131027210
- Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej informacji lub dokumentacji dotyczących mojego stanu zdrowia, w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.
- Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia na wniosek Generali T.U. S.A., danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany, iż początek okresu ubezpieczenia następuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony Formularz przystąpienia do ubezpieczenia.

Składka ochronna

Wariant nr

Wysokość składki

PLN

Data

✓ D D

M M

R R R R

Podpis Ubezpieczonego

✓

