



# 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 6 3 8 5

Strona 1

## Nazwa Ubezpieczającego

Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy Straży  
Granicznej

## Dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR

## Oświadczenia

- Proszę o objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr 80131026385, 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 80131026385, 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 80131026385.
- 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 DD MM RRRR

✓ Podpis Ubezpieczonego