



Formularz zgłoszenia do grupowej polisy od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

Niniejszy Formularz Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr polisy

8 0 1 3 1 0 2 5 0 2 2

Strona 1

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwa Ubezpieczającego

FORUM GRUP ZAWODOWYCH

Dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

DD

MM

RRRRR

LUB

PESEL/nr Paszportu

(w przypadku obcokrajowców)

Oświadczenia

- Proszę o objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr 80131025022, zgodnie z wybranym przeze mnie wariantem ubezpieczenia.
- Ubezpieczycielem i administratorem danych osobowych pozostaje Generali T.U. S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz - w ramach usprawiedliwionego celu administratora - dla potrzeb marketingu produktów i usług własnych administratora. O ile Pani/Pan wyrazi odrębną zgodę dane mogą być przetwarzane dla celów marketingowych także w przyszłości albo udostępnione do podmiotów z Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali Życie T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne i przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania, jak również prawo odwołania zgody. Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali Życie T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE, z siedzibami w Warszawie przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów
- Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali Życie T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE, z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji promocyjnych i handlowych dotyczących produktów i usług podmiotów z Grupy Generali w Polsce.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr 80131025022 zostały mi doręczone i zapoznałem(am) się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, zatwierdzonymi Uchwałą Zarządu Generali nr GNL/ob./17/12/2015 z dnia 22 grudnia 2015 roku, wraz ze Skorowidzem i Załącznikami nr 1 i nr 2.
- 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, zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Generali nr GNL/ob./17/12/2015 z dnia 22 grudnia 2015 roku, wraz ze Skorowidzem i Załącznikami nr 1 i nr 2 z tytułu umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr 80131025022.
- 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

RRRRR

Podpis Ubezpieczonego





Formularz zgłoszenia Dziecka 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 5 0 2 3

Strona 1

Nazwa Ubezpieczającego

FORUM GRUP ZAWODOWYCH

Dane Ubezpieczonego 1

Imię

Nazwisko

Data urodzenia DD MM RR RR RR LUB PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)

Wariant nr Wysokość składki PLN

Dane Ubezpieczonego 2

Imię

Nazwisko

Data urodzenia DD MM RR RR RR LUB PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)

Wariant nr Wysokość składki PLN

Dane Ubezpieczonego 3

Imię

Nazwisko

Data urodzenia DD MM RR RR RR LUB PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)

Wariant nr Wysokość składki PLN

Dane Rodzica/Opiekuna Prawnego zgłaszającego Dziecko do ubezpieczenia

Imię

Nazwisko

PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)

Oświadczenia

- Proszę o objęcie wymienionych w niniejszym Formularzu osób pozostających pod moją opieką, ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr 80131025023, zgodnie z wybranym przeze mnie wariantem ubezpieczenia.
- Ubezpieczycielem i administratorem danych osobowych pozostaje Generali T.U. S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz - w ramach usprawiedliwionego celu administratora - dla potrzeb marketingu produktów i usług własnych administratora. O ile Pani/Pan wyrazi odrębną zgodę dane mogą być przetwarzane dla celów marketingowych także w przyszłości albo udostępnione do podmiotów z Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali Życie T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne i przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania, jak również prawo odwołania zgody. Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali Życie T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE, z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali Życie T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE, z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji promocyjnych i handlowych dotyczących produktów i usług podmiotów z Grupy Generali w Polsce.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem osób wymienionych w niniejszym Formularzu do umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr 80131025023, zostały mi doręczone i zapoznałem(am) się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Generali nr GNL/ob./17/12/2015 z dnia 22 grudnia 2015 roku, wraz ze Skorowidzem i Załącznikami nr 1 i nr 2.
- 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, zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Generali nr GNL/ob./17/12/2015 z dnia 22 grudnia 2015 roku, wraz ze Skorowidzem i Załącznikami nr 1 i nr 2 z tytułu umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr 80131025023.
- Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali T.U. S.A., pełnej informacji lub dokumentacji dotyczących stanu zdrowia osób niepełnoletnich pozostających pod moją opieką, 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 śmierci.
- Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia na wniosek Generali T.U. S.A., danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли 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 zgłoszenia do ubezpieczenia.
- Powyższe oświadczenia składam w imieniu Ubezpieczonego.

Data DD MM RR RR RR

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego