Formularz zgłoszenia do grupowej polisy od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

Niniejszy Formularz Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy

Nazwa Ubezpieczającego

Dane Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

Adres

Data urodzenia D D M M R R R R

PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)

Oświadczenia

1. Wnioskuję o objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą w ramach wybranego przeze mnie wariantu.
2. Wyrażam zgodę na przekazanie przez Ubezpieczającego do Generali T.U. S.A. i przetwarzanie przez Generali T.U. S.A., moich danych osobowych zgodnie z niniejszym formularzem, w celu niezbędnym do obsługi i wykonywania Umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków.
3. Zostałem(am) poinformowany, że administratorem moich danych osobowych oraz danych osobowych osoby zgłoszonej przeze mnie do ubezpieczenia jest Generali T.U. S.A.. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne. Jestem świadomy(a), że mam prawo dostępu do swoich danych oraz ich aktualizacji.
4. Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia 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 (dalej: OWU), wraz ze Skorowidzem i Załącznikami nr 1 i nr 2 do OWU oraz zostałem(am) poinformowany(a) o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.
5. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na finansowanie składki zostałem(am) poinformowany(a) o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. 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.
7. Początek okresu ubezpieczenia – zawsze od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została złożona deklaracja oraz pod warunkiem możliwości opłacenia składki przez Ubezpieczającego.

Składka ochronna

Wariant nr

Wysokość składki PLN

Data ✓ D D M M R R R R

Podpis Ubezpieczonego ✓

Generali T.U. S.A. z siedzibą przy ul. Postępu 15B, 02 -676 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 10623,kapitał zakładowy 191.000.000 PLN, w pełni opłacony, NIP 526-23-49-108. Spółka należy do Grupy Generali figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod nr 26.