



Formularz zgłoszenia do grupowej polisy od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

Niniejszy Formularz Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Strona 1

Nazwa Ubezpieczającego

Związek Zawodowy Celnicy PL

Dane Ubezpiezonego

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

LUB

PESEL/nr Paszportu
(w przypadku obcokrajowców)

Oświadczenia

- Proszę o objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z wybranym przeze mnie wariantem ubezpieczenia, w ramach umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr
- 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 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 z tytułu umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr
- 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

Deklaruję wybór wariantu ubezpieczenia:

Wariant I		Wysokość składki miesięcznej	6 PLN
Wariant II		Wysokość składki miesięcznej	7 PLN
Wariant III (ograniczony)		Wysokość składki miesięcznej	3 PLN
Wariant IV (ograniczony)		Wysokość składki miesięcznej	4 PLN

✓ Data

✓ Podpis Ubezpiezonego