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

Nazwa Ubezpieczającego

Związek Zawodowy Celnicy PL

Dane Ubezpieczonego 1

Imię

Nazwisko

Data urodzenia D D M M R R R R **LUB** **PESEL/nr Paszportu** (w przypadku obcokrajowców)

Deklaruję wybór wariantu ubezpieczenia:

Wariant I ☐ **Wysokość składki miesięcznej** 6 PLN

Wariant II ☐ **Wysokość składki miesięcznej** 7 PLN

Dane Ubezpieczonego 2

Imię

Nazwisko

Data urodzenia D D M M R R R R **LUB** **PESEL/nr Paszportu** (w przypadku obcokrajowców)

Deklaruję wybór wariantu ubezpieczenia:

Wariant I ☐ **Wysokość składki miesięcznej** 6 PLN

Wariant II ☐ **Wysokość składki miesięcznej** 7 PLN

Dane Ubezpieczonego 3

Imię

Nazwisko

Data urodzenia D D M M R R R R **LUB** **PESEL/nr Paszportu** (w przypadku obcokrajowców)

Deklaruję wybór wariantu ubezpieczenia:

Wariant I ☐ **Wysokość składki miesięcznej** 6 PLN

Wariant II ☐ **Wysokość składki miesięcznej** 7 PLN

Dane Rodzica/Opiekuna Prawnego zgłaszającego Dziecko do ubezpieczenia

Imię

Nazwisko

PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)

Oświadczenia

1. Proszę o objęcie wymienionych w niniejszym Formularzu osób pozostających pod moją opieką, ochroną ubezpieczeniową zgodnie z wybranym przeze mnie wariantem ubezpieczenia, w ramach umowy ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr
2. 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.
3. ☐ 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.
4. ☐ 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.
5. Oświadczam, że przed przystąpieniem osób wymienionych w niniejszym Formularzu 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.
6. 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
7. 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.
8. 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.
9. Oświadczam, iż zostałem poinfrmowany, iż początek okresu ubezpieczenia następuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony Formularz zgłoszenia do ubezpieczenia.
10. Powyższe oświadczenia składam w imieniu Ubezpieczonego.

Data ✓ D D M M R R R R

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego ✓

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 IVASS.