



Numer Polisy

- Przystąpienie do ubezpieczenia
- Zmiana wariantu ubezpieczenia / liczby jednostek ubezpieczeniowych

- Powrót z absencji / z urlopu wychowawczego / ponowne przystąpienie
- Wskazanie lub zmiana Partnera

- Przystąpienie do Pakietu Dodatkowego
- Zmiana danych osobowych / Uposażonych

GKR 01 – Załącznik do Karty Rejestracyjnej Pracownika

Nazwisko Pracownika

Numer PESEL
Pracownika

Imię Pracownika

Wyrażam zgodę na potrącanie przez Ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia opłaty na sfinansowanie składki za ubezpieczenie niżej wskazanej osoby.

Podpis Pracownika

(podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu złożonym przez Pracownika na Karcie Rejestracyjnej)

Data

Karta Rejestracyjna zamierzającego przystąpić do ubezpieczenia grupowego

Prosimy zaznaczyć „X” odpowiednio w kratkach poniżej.

- Małżonka Pracownika Partnera Pracownika Pełnoletniego Dziecka Pracownika

Wypełnia odpowiednio Małżonek / Partner / Pełnoletnie Dziecko Pracownika

1. Dane identyfikujące / adres

Nazwisko	<input type="text"/>	Numer PESEL	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>	Obywatelstwo	<input type="text"/>
Seria i numer dowodu osobistego / paszportu	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Adres zamieszkania	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
	Kod pocztowy	Miejscowość	Telefon
	Adres e-mail		

W przypadku zmiany adresu zobowiązuję się każdorazowo informować o tym Towarzystwo.

2. Uposażeni

Zgodnie z warunkami Umowy na wypadek mojej śmierci wyznaczam jako Uposażonych:

Uposażony 1: Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %
Uposażony 2: Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %
Uposażony 3: Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %

Suma udziałów: 100%

O ile nie ustalono inaczej, świadczenia zostaną podzielone w równych częściach pomiędzy Uposażonych, którzy pozostaną przy życiu po śmierci Ubezpieczonego.

Wyznaczam jako Uposażonych zastępczych (opcja nieobowiązkowa):

Uposażony zastępczy 1: Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %
Uposażony zastępczy 2: Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
		Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/> %

Suma udziałów: 100%

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

(złożony powyżej podpis będzie stanowił wzór podpisu Ubezpieczonego)

Data

3. Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Karty Rejestracyjnej otrzymałem/am informacje o przetwarzaniu danych osobowych, Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego, Warunki Ubezpieczenia Assistance oraz zostałem/am poinformowany/a o konieczności zapoznania się z ich treścią. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ubezpieczeniem na warunkach określonych w ww. dokumentach, jak również na wysokość sum ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy zakres umowy grupowego ubezpieczenia obejmuje grupowe ubezpieczenie „Świadczenie Assistance”, przyjmuję do wiadomości, iż w ramach objęcia mnie ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia zawartej przez mojego Pracodawcę (Ubezpieczającego) z Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. (Ubezpieczycielem) będę dodatkowo objęty/a ochroną zgodnie z Warunkami „Świadczenia Assistance” oraz zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia:
 - „Opieka Medyczna” – w przypadku wyboru Pakietu Renta z Opieką medyczną,
 - „Twoje Dziecko” – w przypadku wyboru Pakietu Twoje Dziecko;w ramach Umowy Ramowej Ubezpieczenia, w której Ubezpieczycielem jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, a Ubezpieczającym – Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.
- Przyjmuję do wiadomości, iż Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. przetwarzać będzie moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści, w szczególności w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową) oraz że mam prawo dostępu do ich treści oraz do ich poprawiania.
- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku, gdy zakres umowy grupowego ubezpieczenia obejmuje grupowe ubezpieczenie „Świadczenie Assistance”, Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce jako Ubezpieczyciel, a Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. jako Ubezpieczający przetwarzają będą moje dane osobowe na podstawie przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w celu wykonania obowiązków wynikających z ich treści, w szczególności w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową). Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści danych oraz do ich poprawiania.
- Niniejszym upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z Umowy Ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z Umowy Ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.
- Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.
- Niniejszym upoważniam Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. do wysyłania korespondencji adresowanej do mnie na adres Ubezpieczającego. Jednocześnie upoważniam Ubezpieczającego do odbioru w moim imieniu wyżej wymienionej korespondencji.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na świadczenie usług za pomocą środków komunikacji elektronicznej przez Towarzystwo przy użyciu telefonu i poczty elektronicznej na zasadach określonych w Regulaminie świadczenia usług Telefonicznego Systemu Informacyjnego oraz Portalu internetowego e-klient przez Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. za pośrednictwem telefonu i systemu IVR oraz przy użyciu Internetu:– w zakresie informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, w ramach której zostałem objęty ochroną. Tak Nie
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie przez Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. za pośrednictwem Portalu internetowego e-klient lub innego trwałego nośnika oraz za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji rocznej o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy Ubezpieczenia. Tak Nie

4. Deklaracja dobrego stanu zdrowia

- Czy stwierdzono u Pana/i chorobę, która wymaga leczenia i okresowych kontroli lekarskich? Tak Nie
- Czy zalecono lub zamierza Pana/i poddać się badaniu lekarskiemu, diagnostyce, leczeniu (albo jest w ich trakcie) lub poddać się zabiegom medycznym (poza rutynowymi badaniami kontrolnymi)? Tak Nie
- Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/i: chorobę serca lub układu krążenia, guza lub nowotwór, chorobę nerek, przewlekłą chorobę układu oddechowego, chorobę wątroby, układu nerwowego, chorobę psychiczną lub zaburzenia endokrynologiczne? Tak Nie

W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z powyższych pytań wymagane jest potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej na podstawie oświadczenia o stanie zdrowia.

W przypadku niepotwierdzenia zdolności ubezpieczeniowej Towarzystwo ma prawo nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podpisania przeze mnie niezgodnego z prawdą oświadczenia Towarzystwo w ciągu trzech lat od dnia złożenia takiego oświadczenia nie ponosi odpowiedzialności za skutki zatajonych lub podanych niezgodnie z prawdą okoliczności, o które zapytuje powyżej.

5. Część ochrona ubezpieczenia

Jeśli oferta przewiduje kilka wariantów ubezpieczenia, należy uzupełnić poniższe informacje:

Nazwa pakietu ubezpieczeniowego	Wariant	Składka
Pakiet Podstawowy (jeśli Umowa przewiduje możliwość wyboru, należy wpisać numer lub nazwę wariantu i składkę)		
Pakiet Renta z Opieką medyczną (jeśli Umowa przewiduje, należy wpisać numer wariantu i składkę)		
Pakiet Twoje Dziecko (jeśli Umowa przewiduje, należy wpisać numer wariantu i składkę)		
		Składka łączna:

6. Podpis

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

(podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu złożonym na 1 stronie Karty Rejestracyjnej)

Data

7. Wypełnia Ubezpieczający

Ubezpieczający (podpis, pieczęć firmy)