



Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie – Załącznik

Nr polisy ubezpieczenia _____

Ubezpieczający

Nazwa firmy _____

Ubezpieczony

Nazwisko i imię _____

PESEL (lub numer paszportu w przypadku braku numeru PESEL) _____

Ubezpieczenie Teleopieki Kardiologicznej

Wyrażam zgodę na przystąpienie do programu Assistance i objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Teleopieki Kardiologicznej zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a AGA International S.A. Oddział w Polsce.

Administratorem danych w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance jest AGA International S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie oraz TELEMEDYCYNĘ POLSKĄ S.A. z siedzibą w Katowicach. Pełna treść obowiązku informacyjnego AGA International S.A. Oddział w Polsce oraz TELEMEDYCYNĘ POLSKĄ S.A. znajduje się w Regulaminie Programu Teleopieki Kardiologicznej.

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Regulaminem Programu Teleopieki Kardiologicznej oraz Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Teleopieki Kardiologicznej.

Program Assistance

Wybieram wariant ubezpieczenia: light top

Wyrażam zgodę na przystąpienie do programu Assistance i objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce.

Administratorem danych w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance jest Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie. Pełna treść obowiązku informacyjnego Chubb European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce znajduje się w załączniku do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Assistance.

Oświadczam, iż przed podpisaniem niniejszego wniosku otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia Assistance.

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Ubezpieczyciela drogą elektroniczną przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w ramach której zostałem objęty ochroną.

Ubezpieczony TAK NIE

Oświadczenie Ubezpiezonego i Ubezpieczającego

Ubezpieczający/Uprawniony przez Pracodawcę
Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu¹

Data _____

Ubezpieczony

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Wzór podpisu²

Data _____

¹ dotyczy Ubezpieczającego, ² dotyczy Ubezpiezonego, podpisu tego należy używać we wszystkich dokumentach kierowanych do Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

