



Numer Polisy

Przystąpienie do ubezpieczenia

Powrót z absencji / z urlopu wychowawczego /  
ponowne przystąpienie

Zmiana danych osobowych / Uposażonych

## Załącznik do Karty Rejestracyjnej Właściciela / Wspólnika

Nazwisko

Numer PESEL

Imię

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

Podpis Pracownika

Data

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

## Karta Rejestracyjna zamierzającego przystąpić do ubezpieczenia grupowego

Prosimy zaznaczyć „x” odpowiednio w kratkach poniżej.

Małżonka Właściciela / Wspólnika

Pełnoletniego Dziecka Właściciela / Wspólnika

Wypełnia odpowiednio Małżonek / Pełnoletnie Dziecko Właściciela / Wspólnika

### 1. Dane identyfikujące / adres

Nazwisko  Numer PESEL

Imię  Obywatelstwo

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu  Data urodzenia

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 Data urodzenia  PESEL

Procentowy udział w świadczeniu  %

Uposażony 2:  Nazwisko i imię Data urodzenia  PESEL

Procentowy udział w świadczeniu  %

Uposażony 3:  Nazwisko i imię Data urodzenia  PESEL

Procentowy udział w świadczeniu  %

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 Data urodzenia  PESEL

Procentowy udział w świadczeniu  %

Uposażony zastępczy 2:  Nazwisko i imię Data urodzenia  PESEL

Procentowy udział w świadczeniu  %

Suma udziałów: 100%

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Data

(złożony powyżej podpis będzie stanowił wzór podpisu Ubezpieczonego)

### 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 przetwarzać 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. 8. 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/am objęty/a 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. Podpis

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

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

Data

### 6. Wypełnia Ubezpieczający

Ubezpieczający (podpis, pieczęć firmy)