



Numer polisy

Przystąpienie do ubezpieczenia

Powrót z absencji / z urlopu wychowawczego / ponowne przystąpienie

Zmiana danych osobowych / Uposażonych

W czasie urlopu wychowawczego byłem/am objęty/a indywidualną kontynuacją

Tak Nie

Rezygnuję z indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w celu przystąpienia do programu grupowego.

GKR – Karta Rejestracyjna Pracownika – deklaracja przystąpienia

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 y 1: Nazwisko i imię	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/>	%		
Suma udziałów: 100%											

3. Deklaracja aktywnego świadczenia pracy

Prosimy o wpisanie znaku „x” w odpowiednich krótkach:

Czy w dniu podpisania niniejszego dokumentu przebywa Pan/i na zwolnieniu lekarskim, urlopie bezpłatnym, wychowawczym, zasiłku rehabilitacyjnym lub w szpitalu? Tak Nie

Przyjmuję do wiadomości, iż Towarzystwo ma prawo do odmowy ubezpieczenia grupowego lub ograniczenia zakresu i sum ubezpieczenia zgodnie z OWU na życie.

Podpis Pracownika

(złożony powyżej podpis będzie stanowił wzór podpisu Ubezpieczonego)

Data

W przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia, prosimy wypełnić poniższe dane o przedstawicielu ustawowym:

Nazwisko i imię

PESEL albo numer paszportu

Adres zamieszkania

Wyrażam zgodę na złożenie przez Ubezpieczonego powyższego oświadczenia.

Podpis przedstawiciela ustawowego

Data

4. Oświadczenia Ubezpieczonego

- Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Karty Rejestracyjnej otrzymałem/am informację 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.
- Zgadzam się na potrącanie z mojego wynagrodzenia opłaty na sfinansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli tak przewiduje Umowa 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.
- Przyjmuję do wiadomości, iż przystąpienie do ubezpieczenia grupowego bez uprzedniej rezygnacji z kontynuacji ubezpieczenia grupowego w ramach tej samej Umowy Ubezpieczenia nie wywołuje żadnych skutków prawnych i nie powoduje powstania odpowiedzialności ze strony Towarzystwa z wyjątkiem zwrotu Ubezpieczającemu nienależnie opłaconej składki.

5. Upoważnienia Ubezpieczonego

- 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 Pracodawcy (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/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

6. Podpis

Podpis Pracownika

(złożony powyżej podpis będzie stanowił wzór podpisu Ubezpieczonego)

Data

W przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia, prosimy wypełnić poniższe dane o przedstawicielu ustawowym:

Wyrażam zgodę na złożenie przez Ubezpieczonego powyższego oświadczenia.

Podpis przedstawiciela ustawowego

Data

7. Wypełnia Pracodawca

Niniejszym potwierdzam, że osoba zgłoszona do ubezpieczenia zatrudniona jest na podstawie:

- umowy o pracę umowy-zlecenia prowadzi własną działalność gospodarczą i współpracuje z Ubezpieczającym
- innej formy zatrudnienia / współpracy (prosimy podać jakiej)

Data zatrudnienia Pracownika

Data nabycia uprawnień do ubezpieczenia*

Wnioskowana data objęcia Pracownika ubezpieczeniem grupowym

* Jeżeli Umowa Ubezpieczenia przewiduje kwalifikację do ubezpieczenia na podstawie formy zatrudnienia, stażu pracy lub innych określonych w Umowie kryteriów, to prosimy o podanie daty spełnienia tych warunków.

Ubezpieczający (podpis, pieczęć firmy)