



Numer Polisy

Przystąpienie do ubezpieczenia

Powrót z absencji / z urlopu wychowawczego / ponowne przystąpienie

Przystąpienie do Pakietu Dodatkowego

Zmiana wariantu ubezpieczenia / liczby jednostek ubezpieczeniowych

Wskazanie lub zmiana Partnera

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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Uposażony 2: Nazwisko i imię	<input type="text"/>																			
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Uposażony 3: Nazwisko i imię	<input type="text"/>																			
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Uposażony zastępczy 2: Nazwisko i imię	<input type="text"/>																			
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Procentowy udział w świadczeniu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Suma udziałów: 100%																				

3. Deklaracja aktywnego świadczenia pracy

Prosimy o wpisanie znaku „x” w odpowiednich kratkach:

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. Wybór wariantu ubezpieczenia

Prosimy wypełnić w zależności od kształtu oferty i wybranego zakresu ubezpieczenia.

Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem na życie zgodnie z poniższym*:

Nazwa pakietu ubezpieczeniowego	Wariant / Ilość jednostek	Składka
Pakiet Podstawowy (jeśli Umowa przewiduje możliwość wyboru, należy wpisać numer lub nazwę wariantu i składkę)		
Pakiet Dodatkowy (jeśli Umowa przewiduje możliwość wyboru, należy wpisać numer lub nazwę wariantu i składkę)		
Jednostka ubezpieczeniowa (jeśli Umowa przewiduje możliwość wyboru jednostek, należy wpisać ich ilość 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)		
* Towarzystwo potwierdzi wysokość sumy ubezpieczenia i datę objęcia ochroną.		Składka łączna:

7. Wskazanie Partnera

Wskazanie Partnera jest skuteczne wyłącznie w przypadku, gdy przewiduje to Umowa Ubezpieczenia.

Niniejszym oświadczam, że pozostaję w związku pozamałżeńskim oraz prowadzę wspólne gospodarstwo domowe ze wskazanym niżej Partnerem:

Nazwisko i imię

PESEL

8. Podpis

W przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia, prosimy wypełnić poniższe:

Wyrażam zgodę na złożenie przez Ubezpieczonego powyższego oświadczenia.

Podpis Pracownika

Data

Podpis przedstawiciela ustawowego

Data

(złożony powyżej podpis będzie stanowił wzór podpisu Ubezpieczonego)

9. 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)