DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

HDI GERLING

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Numer polisy	
Nr konsultanta	
Wybrany wariant	
Składka	
Pieczęć firmowa Ubezpieczającego	

1. Dane Ubezpieczonego

Imię			
Nazwisko			
Adres: Ulica		nr domu	nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość	
PESEL		Data urodzenia	R R R R M M D D
Zawód wykonywany			

2. Uposażeni (osoby uprawnione do świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego)

Lp.	Nazwisko i imię/nazwa	PESEL/REGON	Adres/siedziba	% świadczenia
1				
2				
3				
4				
				Łącznie 100%

3. Oświadczenie

1. Wyrażam zgodę na zawarcie przez Ubezpieczającego z HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na mój rachunek oraz wyrażam chęć przystąpienia do ww. umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej przez Ubezpieczającego z HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA na mój rachunek, w tym wyrażam zgodę na wskazaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w innych dokumentach sumę ubezpieczenia/sumy ubezpieczenia oraz na inne warunki umowy ubezpieczenia.
   Ubezpieczający jest uprawniony w moim imieniu do dokonywania zmiany umowy, w tym sumy ubezpieczenia/sum ubezpieczenia, o których mowa powyżej.
   Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji są pełne i zgodne ze stanem faktycznym.
   W przypadku przystąpienia przeze mnie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej przed dniem złożenia przeze mnie oświadczenia o przystąpieniu, niniejszą zgodę należy traktować jako wyrażenie zgody na zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przez Ubezpieczającego i dokonywanie przez niego innych czynności opisanych powyżej.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji oraz uzyskanych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA w związku z zawieraniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz jej wykonywaniem, w tym danych osobowych o stanie mojego zdrowia i nałogach. Jednocześnie wyrażam zgodę na to, aby na żądanie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA wszelkie placówki medyczne oraz lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską udzielali informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, jak również przekazywali dokumentację medyczną, związaną z moim leczeniem, w celu ustalenia ryzyka i realizacji świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, za mego życia, jak i po mojej śmierci.
3. Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że:
   1) dane osobowe zbioru danych osobowych grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przetwarzane są pod adresem: HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, ul. Hrubieszowska 2, 01-209 Warszawa,
   2) celem zbierania i przetwarzania danych osobowych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA jest zawarcie pomiędzy Ubezpieczającym i HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA jako zakładem ubezpieczeń umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na rzecz ubezpieczonych i wykonanie postanowień tej umowy. W trakcie trwania umowy odbiorcami zebranych danych osobowych będą reasekuratorzy w kraju, jak i za granicą, w zakresie związanym z reasekuracją przyjętego przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA ryzyka ubezpieczeniowego,
   3) każda osoba, której dane są przetwarzane w zbiorze danych osobowych grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym HDI-Gerling Życie Towarzystwa Ubezpieczeń SA, ma prawo do wglądu do swoich danych oraz prawo żądania ich poprawienia,
   4) zobowiązanie do podania swoich danych osobowych wynika z faktu dobrowolnego przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

   Zapisy powyższe stosuje się odpowiednio także do Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia szpitalnego lub operacji chirurgicznych, lub poważnego zachorowania, lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku.
4. Wyrażam zgodę TAK/NIE*** na otrzymywanie drogą elektroniczną od HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA korespondencji dotyczącej wszelkich informacji oraz ofert związanych z ubezpieczeniami w HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA na wskazany adres e-mail.****
5. Oświadczenia, o których mowa w pkt. 1-4 powyżej, zachowują ważność w przypadku zawierania nowych umów grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym pomiędzy Ubezpieczającym a HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, a także w przypadku zastępowania niniejszej umowy ubezpieczenia inną lub innymi umowami.

*** – niepotrzebne skreślić

**** – niniejsza zgoda jest wymagana zgodnie z art. 10 ust. 2 „O świadczeniu usług drogą elektroniczną" z dnia 18 lipca 2002 roku (Dz.U. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.)

.....	.....	.....
miejscowość, data	czytelny podpis Ubezpieczonego	w imieniu Ubezpieczającego (data, podpis)

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

HDI GERLING

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Numer polisy	
Nr konsultanta	
Wybrany wariant	
Składka	
Pieczęć firmowa Ubezpieczającego	

1. Dane Ubezpieczonego

Imię			
Nazwisko			
Adres: Ulica		nr domu	nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość	
PESEL		Data urodzenia	R R R R M M D D
Zawód wykonywany			

2. Uposażeni (osoby uprawnione do świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego)

Lp.	Nazwisko i imię/nazwa	PESEL/REGON	Adres/siedziba	% świadczenia
1				
2				
3				
4				
				Łącznie 100%

3. Oświadczenie

1. Wyrażam zgodę na zawarcie przez Ubezpieczającego z HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na mój rachunek oraz wyrażam chęć przystąpienia do ww. umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej przez Ubezpieczającego z HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA na mój rachunek, w tym wyrażam zgodę na wskazaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w innych dokumentach sumę ubezpieczenia/sumy ubezpieczenia oraz na inne warunki umowy ubezpieczenia.
   Ubezpieczający jest uprawniony w moim imieniu do dokonywania zmiany umowy, w tym sumy ubezpieczenia/sum ubezpieczenia, o których mowa powyżej.
   Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji są pełne i zgodne ze stanem faktycznym.
   W przypadku przystąpienia przeze mnie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej przed dniem złożenia przeze mnie oświadczenia o przystąpieniu, niniejszą zgodę należy traktować jako wyrażenie zgody na zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przez Ubezpieczającego i dokonywanie przez niego innych czynności opisanych powyżej.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji oraz uzyskanych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA w związku z zawieraniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz jej wykonywaniem, w tym danych osobowych o stanie mojego zdrowia i nałogach. Jednocześnie wyrażam zgodę na to, aby na żądanie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA wszelkie placówki medyczne oraz lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską udzielali informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, jak również przekazywali dokumentację medyczną, związaną z moim leczeniem, w celu ustalenia ryzyka i realizacji świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, za mego życia, jak i po mojej śmierci.
3. Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że:
   1) dane osobowe zbioru danych osobowych grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przetwarzane są pod adresem: HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, ul. Hrubieszowska 2, 01-209 Warszawa,
   2) celem zbierania i przetwarzania danych osobowych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA jest zawarcie pomiędzy Ubezpieczającym i HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA jako zakładem ubezpieczeń umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na rzecz ubezpieczonych i wykonanie postanowień tej umowy. W trakcie trwania umowy odbiorcami zebranych danych osobowych będą reasekuratorzy w kraju, jak i za granicą, w zakresie związanym z reasekuracją przyjętego przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA ryzyka ubezpieczeniowego,
   3) każda osoba, której dane są przetwarzane w zbiorze danych osobowych grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym HDI-Gerling Życie Towarzystwa Ubezpieczeń SA, ma prawo do wglądu do swoich danych oraz prawo żądania ich poprawienia,
   4) zobowiązanie do podania swoich danych osobowych wynika z faktu dobrowolnego przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

   Zapisy powyższe stosuje się odpowiednio także do Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia szpitalnego lub operacji chirurgicznych, lub poważnego zachorowania, lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku.
4. Wyrażam zgodę TAK/NIE*** na otrzymywanie drogą elektroniczną od HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA korespondencji dotyczącej wszelkich informacji oraz ofert związanych z ubezpieczeniami w HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA na wskazany adres e-mail.****
5. Oświadczenia, o których mowa w pkt. 1-4 powyżej, zachowują ważność w przypadku zawierania nowych umów grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym pomiędzy Ubezpieczającym a HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, a także w przypadku zastępowania niniejszej umowy ubezpieczenia inną lub innymi umowami.

*** – niepotrzebne skreślić

**** – niniejsza zgoda jest wymagana zgodnie z art. 10 ust. 2 „O świadczeniu usług drogą elektroniczną" z dnia 18 lipca 2002 roku (Dz.U. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.)

.....	.....	.....
miejscowość, data	czytelny podpis Ubezpieczonego	w imieniu Ubezpieczającego (data, podpis)