



Příloha č. 2

Prohlášení pojištěné osoby k pojistné smlouvě skupinového životního pojištění č. 105999

Zařazení nové osoby do pojištění Zahrnutí doplňkového pojištění onkologických onemocnění (DDO) Změna

Pojistitel: Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 299/132, Vinohrady, 120 00 Praha 2

Pojistník: MĚSTO JAROMĚŘ, 55101 Jaroměř, nám. Československé armády 16, IČ: 00272728

Pojištěná osoba: pan paní Jméno: Příjmení:

Datum narození: Rodné číslo (cizinci – registrační číslo zdravotní pojišťovny):

Státní občanství: e-mail:

Adresa bydliště (ulice, město, PSČ, vždy adresa v ČR):

Obmyšlené osoby:

V případě pojistné události úmrtí pojištěné osoby bude pojistné plnění vyplaceno obmyšleným osobám dle níže uvedeného rozdělení. Pokud není obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění osoby stanovené zákonem.

Muž/ Žena	Příjmení	Jméno	Datum narození	Podíl v % (celá %)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prohlášení pojištěného

Pro změny rozsahu pojištění – zahrnutí doplňkového pojištění onkologických onemocnění / Pro nově zařazené pojištěné osoby k dříve uzavřeným pojistným smlouvám:

Potvrzuji, že mě pojistník před podpisem tohoto prohlášení seznámil s tím, že smluvní vztah se řídí pojistnou smlouvou, dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé pojištění osob, zvláštními pojistnými podmínkami pro životní pojištění, včetně Tabulek životního pojištění, platnými pro sjednanou pojistnou smlouvu. V případě sjednání doplňkového pojištění onkologických onemocnění se pojištění dále řídí Doplňkovými pojistnými podmínkami pro pojištění onkologických onemocnění (DPP DDO 2017/01).

Pro nově sjednané smlouvy:

Potvrzuji, že mě pojistník před podpisem tohoto prohlášení seznámil s tím, že smluvní vztah se řídí pojistnou smlouvou a dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé pojištění osob (VPP POS 2016/02), zvláštními pojistnými podmínkami pro životní pojištění (ZPP ŽP 2017/02), včetně Tabulek ŽP 2017/09 platných pro sjednané druhy pojištění.

Pro všechny:

Potvrzuji, že mne pojistník též seznámil s Informacemi pro klienta. Dále potvrzuji, že jsem se seznámil se všemi výše uvedenými dokumenty, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím.

Prohlašuji, že nabízené pojištění odpovídá mým pojistným požadavkům a mému pojistnému zájmu. Zavazuji se plnit povinnosti uvedené v pojistných podmínkách a jsem si vědom, že v případě jejich porušení mě mohou postihnout nepříznivé následky (např. snížení nebo odmítnutí pojistného plnění).

Stvrzuji, že jsem byl informován o zpracování mnou sdělených osobních údajů, jak je uvedeno ve Stručné informaci o zpracování osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generali.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Dále se zavazuji, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.

Zároveň uděluji pojistiteli souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mojí osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo jejich poskytnutí zajistím. Dále zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, úřady práce, živnostenské úřady, orgány správy sociálního zabezpečení a další orgány veřejné správy a zaměstnavatele k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické a jiné dokumentace; a dále zmocňuji pojistitele, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Potvrzuji, že všechny údaje, které jsem sdělil, jsou pravdivé a úplné. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny.

V Jaroměř dne 7.12.2020





Příloha č. 2

Prohlášení pojištěné osoby k pojistné smlouvě skupinového životního pojištění č. 105999

Zařazení nové osoby do pojištění Zahrnutí doplňkového pojištění onkologických onemocnění (DDO) Změna

Pojistitel: Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 299/132, Vinohrady, 120 00 Praha 2

Pojistník: MĚSTO JAROMĚŘ, 55101 Jaroměř, nám. Československé armády 16, IČ: 00272728

Pojištěná osoba: [redacted] Jméno: [redacted] Příjmení: [redacted]

Datum narození: [redacted] Rodné číslo (cizinci – registrační číslo zdravotní pojišťovny): [redacted]

Státní občanství: [redacted] e-mail: [redacted]

Adresa bydliště (ulice, město, PSČ, vždy adresa v ČR): [redacted]

Obmyšlené osoby:

V případě pojistné události úmrtí pojištěné osoby bude pojistné plnění vyplaceno obmyšleným osobám dle níže uvedeného rozdělení. Pokud není obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění osoby stanovené zákonem.

Muž/ Žena	Příjmení	Jméno	Datum narození	Podíl v % (celá %)
	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Prohlášení pojištěného

Pro změny rozsahu pojištění – zahrnutí doplňkového pojištění onkologických onemocnění / Pro nově zařazené pojištěné osoby k dříve uzavřeným pojistným smlouvám:

Potvrzuji, že mě pojistník před podpisem tohoto prohlášení seznámil s tím, že smluvní vztah se řídí pojistnou smlouvou, dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé pojištění osob, zvláštěními pojistnými podmínkami pro životní pojištění, včetně Tabulek životního pojištění, platnými pro sjednanou pojistnou smlouvou. V případě sjednání doplňkového pojištění onkologických onemocnění se pojištění dále řídí Doplňkovými pojistnými podmínkami pro pojištění onkologických onemocnění (DPP DDO 2017/01).

Pro nově sjednané smlouvy:

Potvrzuji, že mě pojistník před podpisem tohoto prohlášení seznámil s tím, že smluvní vztah se řídí pojistnou smlouvou a dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé pojištění osob (VPP PQS 2016/02), Zvláštěními pojistnými podmínkami pro životní pojištění (ZPP ŽP 2017/02), včetně Tabulek ŽP 2017/09 platných pro sjednané druhy pojištění.

Pro všechny:

Potvrzuji, že mne pojistník též seznámil s Informacemi pro klienta. Dále potvrzuji, že jsem se seznámil se všemi výše uvedenými dokumenty, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím.

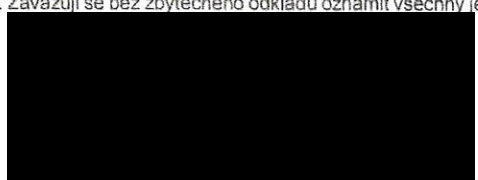
Prohlašuji, že nabízené pojištění odpovídá mým pojistným požadavkům a mému pojistnému zájmu. Zavazuji se plnit povinnosti uvedené v pojistných podmínkách a jsem si vědom, že v případě jejich porušení mě mohou postihnout nepříznivé následky (např. snížení nebo odmítnutí pojistného plnění).

Stvrzuji, že jsem byl informován o zpracování mnou sdělených osobních údajů, jak je uvedeno ve Stručné informaci o zpracování osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generali.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Dále se zavazuji, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.

Zároveň uděluji pojistiteli souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mojí osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo jejich poskytnutí zajistím. Dále zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, úřady práce, živnostenské úřady, orgány správy sociálního zabezpečení a další orgány veřejné správy a zaměstnavatele k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické a jiné dokumentace; a dále zmocňuji pojistitele, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Potvrzuji, že všechny údaje, které jsem sdělil, jsou pravdivé a úplné. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny.

v Josefově dne 4. 10. 20





Příloha č. 2

Prohlášení pojištěné osoby k pojistné smlouvě skupinového životního pojištění č. 105999

Zařazení nové osoby do pojištění Zahrnutí doplňkového pojištění onkologických onemocnění (DDO) Změna

Pojistitel: Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 299/132, Vinohrady, 120 00 Praha 2

Pojistník: MĚSTO JAROMĚŘ, 55101 Jaroměř, nám. Československé armády 16, IČ: 00272728

Pojištěná osoba: [redacted] **Jméno:** [redacted] **Příjmení:** [redacted]

Datum narození: [redacted] **Rodné číslo (cizinci – registrační číslo zdravotní pojišťovny):** [redacted]

Státní občanství: [redacted] **e-mail:** [redacted]

Adresa bydliště (ulice, město, PSČ, vždy adresa v ČR): [redacted]

Obmyšlené osoby:

V případě pojistné události úmrtí pojištěné osoby bude pojistné plnění vyplaceno obmyšleným osobám dle níže uvedeného rozdělení. Pokud není obmyšlená osoba určena, nabývají právo na pojistné plnění osoby stanovené zákonem.

Muž/ Žena	Příjmení	Jméno	Datum narození	Podíl v % (celá %)

Prohlášení pojištěného

Pro změny rozsahu pojištění – zahrnutí doplňkového pojištění onkologických onemocnění / Pro nově zařazené pojištěné osoby k dříve uzavřeným pojistným smlouvám:

Potvrzuji, že mě pojistník před podpisem tohoto prohlášení seznámil s tím, že smluvní vztah se řídí pojistnou smlouvou, dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé pojištění osob, zvláštními pojistnými podmínkami pro životní pojištění, včetně Tabulek životního pojištění, platnými pro sjednanou pojistnou smlouvou. V případě sjednání doplňkového pojištění onkologických onemocnění se pojištění dále řídí Doplňkovými pojistnými podmínkami pro pojištění onkologických onemocnění (DPP DDO 2017/01).

Pro nově sjednané smlouvy:

Potvrzuji, že mě pojistník před podpisem tohoto prohlášení seznámil s tím, že smluvní vztah se řídí pojistnou smlouvou a dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé pojištění osob (VPP POS 2016/02). Zvláštními pojistnými podmínkami pro životní pojištění (ZPP ŽP 2017/02), včetně Tabulek ŽP 2017/09 platných pro sjednané druhy pojištění.

Pro všechny:

Potvrzuji, že mne pojistník též seznámil s Informacemi pro klienta. Dále potvrzuji, že jsem se seznámil se všemi výše uvedenými dokumenty, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím.

Prohlašuji, že nabízené pojištění odpovídá mým pojistným požadavkům a mému pojistnému zájmu. Zavazuji se plnit povinnosti uvedené v pojistných podmínkách a jsem si vědom, že v případě jejich porušení mě mohou postihnout nepříznivé následky (např. snížení nebo odmítnutí pojistného plnění).

Stvrzuji, že jsem byl informován o zpracování mnou sdělených osobních údajů, jak je uvedeno ve Stručné informaci o zpracování osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generali.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Dále se zavazuji, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.

Zároveň uděluji pojistiteli souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mojí osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo jejich poskytnutí zajistím. Dále zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, úřady práce, živnostenské úřady, orgány správy sociálního zabezpečení a další orgány veřejné správy a zaměstnavatele k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické a jiné dokumentace; a dále zmocňuji pojistitele, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Potvrzuji, že všechny údaje, které jsem sdělil, jsou pravdivé a úplné. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny.

v Jaroměři, dne 7. 12. 2020

