GENERALI

Prohlášení pojištěné osoby

Generali Pojišťovna a.s.
oblastní kancelář Uherské Hradiště
31-07-2017
došlo

Pojistné smlouvy skupinového životního pojištění č. 107235

Pojistitel: Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2

Pojistník: Město uherské Hradiště, Masarykovo náměstí 19, 686 01 Uherské Hradiště

Pojištěná osoba:

pan / paní pan **Jméno** [redacted] **Příjmení** [redacted]

datum narození [redacted] rodné číslo [redacted]

adresa bydliště uh.cz (ulice, město, PSČ) – [redacted] státní příslušnost ČR e-mail [redacted]

Pracovní pozice

Balíček 1 ANO

Obmyšlené osoby:
V případě pojistné události úmrtí pojištěné osoby bude pojistné plnění vyplaceno obmyšleným osobám dle níže uvedeného rozdělení.

Příjmení	Jméno	Datum narození	Podíl v % (celá %)

Prohlášení pojištěného
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 2014/01**), Zvláštními pojistnými podmínkami pro životní pojištění (**ZPP ŽP 2014/01**) včetně Tabulek životního pojištění (**Tabulky ŽP 2014/01**) platných pro sjednané druhy pojištění. Dále potvrzuji, že jsem se seznámil se všemi uvedenými dokumenty, které se nachází na personálním oddělení společnosti Zemědělské družstvo Opařany, 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).

Prohlašuji, že jsem se seznámil se zněním další části Prohlášení pojištěného, které je uvedeno **v Poučení o ochraně osobních údajů a mlčenlivosti**, a jeho obsahu plně rozumím a s jeho obsahem souhlasím.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl poučen o zpracování osobních údajů, o svých právech a o povinnostech pojistitele tak, jak je uvedeno v **Poučení o ochraně osobních údajů,** které se nachází na personálním oddělení Města uherské Hradiště, a souhlasím, aby pojistitel v rozsahu v něm uvedeném zpracovával mé osobní údaje včetně rodného čísla pro účely:

a) pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy oprávněn,
b) nabízení obchodu a služeb pojistitele, dalších členů skupiny Generali a spolupracujících obchodních partnerů a marketingového využití

Uděluji souhlas se zpracováním osobních údajů, s přiřazováním dalších osobních údajů a s jejich předáváním také dalším členům skupiny Generali a spolupracujícím obchodním partnerům, a to i případně do jiných států. Souhlasím, aby ostatním členům skupiny Generali byly poskytovány také vybrané informace o mém pojištění.

Zároveň v tomto prohlášení 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; dále pojištěný zmocňuje pojistitele, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžádoval nutné informace o jeho zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Jako pojištěná osoba beru na vědomí, že pojistné zaplacené pojistníkem je předmětem daně z příjmu a odvodů na sociální a zdravotní pojištění.

Potvrzuji, že všechny údaje, které jsem sdělil, **jsou pravdivé a úplné**. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny (vč. změn osobních údajů).

V Uh.Hradišti dne 31.7.2017

[redacted]

Podpis pojištěné osoby

GENERALI

Prohlášení pojištěné osoby

Pojistné smlouvy skupinového životního pojištění č. 107235

Pojistitel: Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2

Pojistník: Město uherské Hradiště, Masarykovo náměstí 19, 686 01 Uherské Hradiště

Generali Pojišťovna a.s.
oblastní kancelář Uherské Hradiště
31 -07- 2017
došlo

Pojištěná osoba:

pan / paní pan Jméno [redacted] Příjmení [redacted]

datum narození [redacted] rodné číslo [redacted]

adresa bydliště uh.cz (ulice, město, PSČ) – [redacted] státní příslušnost ČR e-mail [redacted]

Pracovní pozice

Balíček 1 ANO

Obmyšlené osoby:
V případě pojistné události úmrtí pojištěné osoby bude pojistné plnění vyplaceno obmyšleným osobám dle níže uvedeného rozdělení.

Příjmení	Jméno	Datum narození	Podíl v % (celá %)

Prohlášení pojištěného
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 2014/01**), Zvláštními pojistnými podmínkami pro životní pojištění (**ZPP ŽP 2014/01**) včetně Tabulek životního pojištění (**Tabulky ŽP 2014/01**) platných pro sjednané druhy pojištění. Dále potvrzuji, že jsem se seznámil se všemi uvedenými dokumenty, které se nachází na personálním oddělení společnosti Zemědělské družstvo Opařany, 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).

Prohlašuji, že jsem se seznámil se zněním další části Prohlášení pojištěného, které je uvedeno v **Poučení o ochraně osobních údajů a mlčenlivosti**, a jeho obsahu plně rozumím a s jeho obsahem souhlasím.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl poučen o zpracování osobních údajů, o svých právech a o povinnostech pojistitele tak, jak je uvedeno v **Poučení o ochraně osobních údajů**, které se nachází na personálním oddělení Města uherské Hradiště, a souhlasím, aby pojistitel v rozsahu v něm uvedeném zpracovával mé osobní údaje včetně rodného čísla pro účely:
a) pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy oprávněn;
b) nabízení obchodu a služeb pojistitele, dalších členů skupiny Generali a spolupracujících obchodních partnerů a marketingového využití.

Uděluji souhlas se zpracováním osobních údajů, s přiřazováním dalších osobních údajů a s jejich předáváním také dalším členům skupiny Generali a spolupracujícím obchodním partnerům, a to i případně do jiných států. Souhlasím, aby ostatním členům skupiny Generali byly poskytovány také vybrané informace o mém pojištění.

Zároveň v tomto prohlášení 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; dále pojištěný zmocňuje pojistitele, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o jeho zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Jako pojištěná osoba beru na vědomí, že pojistné zaplacené pojistníkem je předmětem daně z příjmu a odvodů na sociální a zdravotní pojištění.

Potvrzuji, že všechny údaje, které jsem sdělil, jsou pravdivé a úplné. Zavazuji se bez zbytečného odkladu oznámit všechny jejich případné změny (vč. změn osobních údajů).

V Uh.Hradiště dne 31.7.2017

[redacted]

Podpis pojištěné osoby