



Příloha č. 3

Prohlášení pojištěné osoby

k pojistné smlouvě skupinového životního pojištění č. 104711

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

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

Pojistník: Název, adresa, IČO: *DIAMO s.p.a. z. s. PRA, Finova 1145/7, Václavské nám., 703 00 Olbramovice, 00002739*

Pojištěná osoba: 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:

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 pojištitel 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 pojištitel 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 2017/03); Zvláštními pojistnými podmínkami pro životní pojištění (ZPP ŽP 2017/02), včetně Tabulek ŽP 2017/09 platných pro sjednané druhy pojištění

Prohlášení pojištěného v případě sjednání doplňkového pojištění onkologických onemocnění:

Prohlašuji, že netrpím (netrpěl jsem) nádorovým onemocněním a že v současné době neprobíhá (neproběhlo) u mé osoby vyšetření ke zjištění či vyloučení nádorového onemocnění.

Pro všechny:

Potvrzuji, že mě pojištitel 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).

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl poučen o zpracování osobních údajů, o svých právech a o povinnostech pojišťovny tak, jak je uvedeno v Poučení o ochraně osobních údajů, a souhlasím, aby pojištitel v rozsahu v něm uvedeném zpracovával mé osobní údaje včetně rodného čísla pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojištitel v souladu s právními předpisy oprávněn.

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 (např. Generali Pojišťovna a.s., Generali Employee Benefits (GEB) Network-koordinátor mezinárodních zaměstnaneckých programů pro společnosti typu "multinationals", www.geb.com ; též zajištitel smlouvy).

Zároveň v tomto prohlášení uděluji pojišťovně 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 zajištiteli. Dále zprošťuji 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 pojištitele, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Souhlasím se zasíláním veškerých dokumentů elektronickou formou (v případě, že nesouhlasím, obdržím na HR nebo od zprostředkovatele).

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 *Olbramovicích* dne *26.6.2018*

[Redacted signature area]

Podpis pojištěné osoby