



Generali Pojišťovna a.s.
oblastní kancelář Uherské Hradiště

02-10-2018

Příloha č. 2

Prohlášení pojištěné osoby

k pojistné smlouvě skupinového životního pojištění č. 107235

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: **Název; adresa; IČO**
Šarovy 10, 763051 Bohuslavice

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.

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 pojistnými 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:

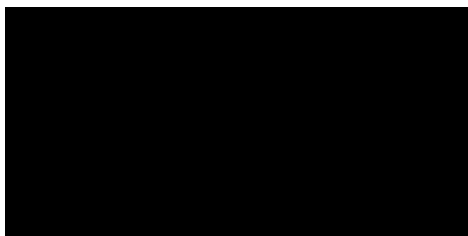
Potvrzuji, že mně pojistník též seznámil s informacemi pro klienta. Dále potvrzuji, že jsem se seznámil se všemi výše uvedenými dokumenty, jejich obsahu rozumím a s rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím.

Prohlašuji, že nabízené pojištění odpovídá mým pojistným požadavkům a mém 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).

Svazuji, 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 pojistitel bezodkladně oznámí případné změny osobních údajů.

Zároveň uděluji pojistiteli souhlas k nahlázení 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 mém 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 UH. HRADIŠTĚ, dne 25. 9. 2018