



**Deklaracja przystąpienia Członka Rodziny do Umowy Grupowego  
Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max<sup>1)</sup> (DCR4\_C/CM\_GL)**

**GENERALI**

Niniejszą deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr wniosku/Nr polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nazwa lub pieczęć Ubezpieczającego/Pracodawcy**

--

**Osoba przystępująca do Umowy:**

- Współmałżonek Pracownika  
 Partner (Konkubent) Pracownika  
 Pełnoletnie dziecko Pracownika



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

**Dane osoby przystępującej do Umowy**

**Imię i nazwisko**

**Data urodzenia** DD MM RRRR PESEL/nr paszportu (w przypadku obcokrajowców)  Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)<sup>2)</sup>

**Zawód wykonywany**  **Data zawarcia związku małżeńskiego** DD MM RRRR

**Adres do korespondencji**

**Ulica, nr domu, nr mieszkania**

**Miejscowość**  **Kod pocztowy**  -  **Kraj** (jeśli inny niż Polska)

Wyrażam zgodę na doręczenie wszelkiej dokumentacji związanej z Umową, w tym rocznych informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy oraz wartości wykupu ubezpieczenia, a także dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego przystąpienie do Umowy (certyfikatu) oraz korespondencji kierowanej przez Generali Życie T.U. S.A. w trakcie trwania Umowy, o ile zapisy OWU nie stanowią inaczej:

- za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta  na wskazany przeze mnie adres e-mail lub na innym trwałym nośniku informacji

**Tel. komórkowy**  **E-mail**

Podany numer telefonu komórkowego służy także do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywacyjnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta.

**Uposażeni** (łączna wartość powinna wynosić 100%) Uposażonych można również wskazać/zmienić za pośrednictwem Konta Klienta

<b>Nazwisko i imię</b>	<input type="text"/>	<b>Adres</b>	<input type="text"/>	<b>Data urodzenia</b>	DD MM RRRR	<b>% świadczenia</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<b>Nazwisko i imię</b>	<input type="text"/>	<b>Adres</b>	<input type="text"/>	<b>Data urodzenia</b>	DD MM RRRR	<b>% świadczenia</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%

**Oświadczenia osoby Przystępującej do Umowy**

**Oświadczenie o stanie zdrowia osoby przystępującej do Umowy.**

Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 lat stan mojego zdrowia nie uległ istotnemu pogorszeniu, czyli:

- a) nie byłem leczony szpitalnie, ani nie jest planowane takie leczenie (z wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu);  
b) nie stwierdzano odchyłań od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność podjęcia leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc.

Jednocześnie oświadczam, że:

- a) nie pozostawałem niezdolny do pracy dłużej niż 30 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy;  
b) nie posiadam orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy lub służby (tzw. renta z tytułu niezdolności do pracy) wydanego przez właściwy organ według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym;  
c) nie oczekuję na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związanych z wykonywaną pracą);  
d) nie rozpoznano u mnie którejkolwiek z wymienionych chorób lub stanów chorobowych przewlekłych: choroba nowotworowa, choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV.

W przypadku braku możliwości podpisania powyższego Oświadczenia o stanie zdrowia do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony kwestionariusz medyczny.

**Podpis osoby przystępującej do Umowy**

**Oświadczenia**

- Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte powyżej są prawdziwe i wyczerpujące. Ja, niżej podpisana(y) wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w tej deklaracji oraz innych dokumentach przedłożonych Generali Życie T.U. S.A. w związku z Umową, stanowiły podstawę objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie tej Umowy. Podpisując deklarację, oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w Umowie i wyrażam jednocześnie zgodę na jej warunki, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu wymaganej zgody na zmianę warunków zastrzeżonej na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostałem mi doręczone oraz zapoznałem(em) się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A. (zwana dalej Towarzystwem), w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max<sup>1)</sup>, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji: a) jestem hospitalizowany  TAK  NIE b) przebywam na ponad 14- dniowym zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup>  TAK  NIE
- W przypadku zaznaczenia w pkt. a) lub w pkt. b) odpowiedzi TAK, konieczne jest dołączenie do niniejszej Deklaracji dokumentacji potwierdzającej okres i warunki objęcia ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia. Dotyczy wyłącznie osób przystępujących w dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia – z wyłączeniem wyników badań genetycznych - w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.
- Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
- Upoważniam Generali Życie T.U. S.A. do udostępnienia na żądanie innego zakładu ubezpieczeń przetwarzanych przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osobę na rzecz której ma zostać zawarta Umowa, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Umowy i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub jego wysokości.

**Data**  DD MM RRRR **Podpis osoby przystępującej do Umowy**   **Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego**

**Oświadczenie Pracownika**

**Imię i Nazwisko Pracownika** ..... **numer PESEL**   
**Data urodzenia**  (w przypadku obcokrajowców)

Wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia składek na Grupowe Ubezpieczenie na Życie CERTUM/CERTUM Max<sup>1)</sup> za osobę przystępującą do ubezpieczenia oraz upoważniam Ubezpieczającego do naliczania, potrącania oraz przelewania ich na rachunek Towarzystwa z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max<sup>1)</sup>.

W przypadku gdy do Umowy przystępuje Partner oświadczam, że pozostaję z nim w związku nieformalnym.

**Data**  DD MM RRRR **Podpis Pracownika**

**GENERALI**

## Deklaracja przystąpienia Członka Rodziny do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max<sup>1)</sup> (DCR4\_C/CM\_GL)

Niniejszą deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Składka ochronna

Wysokość składki

w kwocie

### Pozostałe oświadczenia

- Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A. z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów.
- Komunikat informacyjny  
Ubezpieczycielem i administratorem danych osobowych pozostaje Generali Życie T.U. S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania Umowy oraz - w ramach usprawiedliwionego celu administratora - dla potrzeb marketingu produktów i usług własnych administratora. O ile Pani/Pan wyrazi odrębną zgodę dane mogą być przetwarzane dla celów marketingowych także w przyszłości albo udostępnione do podmiotów z Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A. z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne i przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania, jak również prawo odwołania zgody.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A oraz podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji promocyjnych i handlowych dotyczących produktów i usług podmiotów z Grupy Generali w Polsce.
- Zostałam(em) poinformowana(y), że Generali Życie T.U. S.A. udostępnia za pośrednictwem strony internetowej [konto.generali.pl](https://konto.generali.pl) serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Data

DD	MM	RRRR
----	----	------

Podpis osoby przystępującej do Umowy

 

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

 

### Objaśnienia

<sup>1)</sup> Wybierz właściwą wersję produktu.

<sup>2)</sup> W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.

<sup>3)</sup> Uzupelnij w przypadku przystąpienia do Umowy Współmałżonka ubezpieczonego Pracownika.

<sup>4)</sup> Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny