

Nr polisy 9 0 0 0 0 0 2 4 4 4 0

Nazwa Grupy Otwartej

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego

Stowarzyszenie Euroubezpieczeni



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane Członka Grupy Otwartej

Imię Nazwisko

PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców) Data urodzenia Obywatelstwo¹⁾
 (jeśli inne niż polskie)

Zawód wykonywany Data przystąpienia do Grupy Otwartej²⁾

Adres do korespondencji

Kod pocztowy - Miejscowość Kraj
 (jeśli inny niż Polska)

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Tel. Komórkowy E-mail

Składka ochronna

Podgrupa 140,00 zł

Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

Oświadczenie o stanie zdrowia

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

- 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);
- nie stwierdzono odchylenia od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność podjęcia leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc;
- 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;
- nie oczekuję na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związanych z wykonywaną pracą);
- nie rozpoznano u mnie którejkolwiek z wymienionych chorób lub stanów chorobowych przewlekłych: choroba nowotworowa, choroba wieńcowa, zawał serca, wada serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), miażdżycza tętnic, cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV.

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

Podpis Członka Grupy Otwartej

- 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 zostały mi doręczone oraz zapoznałem(em) się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A. (zwaną dalej Towarzystwem), w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałem(em) się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim³⁾: TAK NIE

Zgody i Upoważnienia*

* O ile nie wyraża Pan/Pani zgody na którekolwiek z poniższych upoważnień, prosimy o jego skreślenie.

- Wyrażam zgodę na doręczenie wszelkiej dokumentacji związanej z Umową ubezpieczenia oraz korespondencji kierowanej przez Generali Życie T.U. S.A. w trakcie trwania Umowy, na wskazany przeze mnie adres e-mail lub za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta.
- Wyrażam zgodę, aby Generali Życie T.U. S.A. otrzymywała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, np. szpitali, przychodni lekarskich („Zakłady Lecznicze”), wskazane niżej informacje, w tym informacje o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia i ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia oraz, w przypadku zgłoszenia przeze mnie roszczeń, na otrzymywanie od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o adresach i nazwach Zakładów Leczniczych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych w związku ze zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Generali Życie T.U. S.A. Zakres informacji o moim stanie zdrowia obejmuje: przyczyny hospitalizacji oraz leczenia ambulatoryjnego, wykonane w ich trakcie badania diagnostyczne i wyniki tych badań, inne udzielone świadczenia zdrowotne oraz wyniki leczenia, wyniki przeprowadzonych konsultacji, przyczynę śmierci i wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. **Brak zgody oznacza brak możliwości przystąpienia do Umowy.**
- Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. innym zakładom ubezpieczeń, na ich żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

✓ Data ✓ Podpis Członka Grupy Otwartej ✓ Podpis osoby upoważnionej przez Pośrednika

Objaśnienia

- W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.
- O ile Ubezpieczający nie określił inaczej w odrębnych zapisach, datą nabycia prawa przystąpienia do Umowy jest późniejsza za dat: data początku okresu ubezpieczenia lub data przystąpienia do Grupy Otwartej.
- Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.

Verte --->





Deklaracja przystąpienia Członka Grupy Otwartej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX
 PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy 9 0 0 0 0 0 2 4 4 4 0

Nazwa Grupy Otwartej

Strona 2 z 2

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

Nazwisko i Imię	Adres	Data urodzenia				% świadczenia			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D	M	M	R	R	R	R
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D	M	M	R	R	R	R
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D	M	M	R	R	R	R
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D	M	M	R	R	R	R

Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią..... numer PESEL w związku nieformalnym.
 (Imię i Nazwisko Partnera) Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)

Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą. Wskazanie Partnera jest możliwe wyłącznie w przypadku umów, gdzie strony Umowy przewidziały taką możliwość.

Pozostałe zgody i oświadczenia

Zgoda pozwoli na informowanie o ciekawych produktach i usługach dopasowanych do Twoich potrzeb oraz atrakcyjnych zniżkach dostępnych w ramach Programu Rabatowego Generali.

- Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zebrane przez Generali Życie T.U. S.A. takie jak imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia w Generali Życie T.U. S.A. (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową były udostępnione i dalej przetwarzane przez inne podmioty z grupy Generali, tj. Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., oraz Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny z siedzibami przy ul. Postępu 15B; 02-676 Warszawa, w ich własnych celach marketingowych, co obejmuje m.in. profilowanie klientów w celu poznania ich potrzeb oraz przygotowania odpowiedniej oferty.
- Wyrażam zgodę, na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A oraz innych podmiotów z Grupy Generali informacji promocyjnych oraz ofert towarów i usług za pośrednictwem:
 wiadomości e-mail TAK NIE telefonu (w tym sms) TAK NIE
- Zostałam(em) poinformowana(y), że Generali Życie T.U. S.A. udostępniła za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

✓ **Data**

✓ **Podpis Członka Grupy Otwartej**

✓ **Podpis osoby upoważnionej przez Pośrednika**

