

Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP9 C/CM GL ZG3)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

1-304-04.2018

Nr wniosku/Nr polisy

[illegible]

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

[illegible]

GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane Pracownika

[illegible][illegible][illegible]

Data urodzenia

D	D
---	---

M	M
---	---

R	R	R	R
---	---	---	---

Obywatelstwo¹⁾
(jeśli inne niż polskie)

Zawód wykonywany	
------------------	--

Data zatrudnienia²⁾

Adres do korespondencji[illegible]

Kod pocztowy

 -

 Miejsowość

 Kraj

(jeśli inny niż Polska)

[illegible]

Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

1. ☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie T. U. S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia w ramach profilowania klientów przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia. **Brak zgody oznacza brak możliwości przystąpienia do Umowy.**
2. Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekoniemaniem wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe i wyczerpujące. Ja, niżej podpisany 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.
3. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostały mi **doreczone oraz zapoznałam się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A., w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.**
4. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałam się z treścią Klauzuli Informacyjnej, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
5. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim³⁾/zasilku rehabilitacyjnym.
- Osoba hospitalizowana/przebywająca na zwolnieniu lekarskim/zasilku rehabilitacyjnym nie może przystąpić do Umowy. Nie dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych przystępujących do Umowy w dniu jej zawarcia.*
6. **Dotyczy Pracowników przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa:** Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałem na zwolnieniu lekarskim³⁾ trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub dłużej:

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny (dostępny u Ubezpieczającego, w oddziałach lub na stronie www.generali.pl)

7. Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałem Generali Życie T.U. S.A. w celu mojego przystąpienia do Umowy i jej wykonania, tj. współubezpieczonych lub uposażonych (w przypadku osób niepełnoletnich - opiekunów prawnych), z treścią Klauzuli Informacyjnej, stanowiącej Załącznik do niniejszej Deklaracji.

Zgody i Upoważnienia

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

1. 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.
2. 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.
3. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
4. 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.

Oświadczenie Pracownika o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią.....
(Imię i Nazwisko Partnera (Konkubenta))

numer PESEL/.....
Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)..... w związku nieformalnym.

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

Składka ochronna

Podgrupa nr	Wysokość składki	w kwocie lub w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto
-------------	------------------	---

Data

✓

D	D
---	---

M	M
---	---

R	R	R	R
---	---	---	---

✓ Podpis Pracownika

✓ Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Verte --->

Objaśnienia

1) W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.

2) Data zatrudnienia – pierwsza data nawiązania pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym stosunku pracy, członkostwa bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku.

3) Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.

Podany numer telefonu komórkowego służy do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywacyjnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta. Korzystanie z Konta Klienta odbywa się na warunkach określonych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną (zwanym dalej „Regulaminem”), którego treść dostępna jest m.in. na stronie konto.generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu na Konto Klienta. Korzystanie z Konta Klienta wymaga akceptacji Regulaminu. O ile wyrazi Pan/Pani zgodę na przekazywanie przez grupę Generali informacji o produktach, promocyjnych lub niższych, podany nr telefonu, adres e-mail będzie służył również do przekazywania tych informacji.



Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP9_C/CM_GL ZG3)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

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

Strona 2 z 2

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

☐ Jako Uposażonych do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej w wysokości kwoty odprawy pośmiertnej wyznaczam osoby uprawnione zgodnie z Art. 93 Kodeksu Pracy. Jednocześnie upoważniam Pracodawcę do przekazania Towarzystwu informacji o danych osób uprawnionych wraz z podaniem wysokości należnego im świadczenia.

Jako Uposażonego/Uposażonych do otrzymania części świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej pozostawiam do zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej, o której mowa powyżej lub/i z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących mojej śmierci wyznaczam:

Nazwisko i Imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia																								
		<table><tr><td>D</td><td>D</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	R	R	<table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
D	D																										
M	M																										
R	R																										
R	R																										
R	R																										
R	R																										
		<table><tr><td>D</td><td>D</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	R	R	<table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
D	D																										
M	M																										
R	R																										
R	R																										
R	R																										
R	R																										
		<table><tr><td>D</td><td>D</td></tr><tr><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr><tr><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	R	R	R	R	<table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
D	D																										
M	M																										
R	R																										
R	R																										
R	R																										
R	R																										

Pozostałe oświadczenia. Wyrażenie zgody umożliwi przekazywanie informacji o produktach, promocjach lub zniżkach oferowanych przez grupę Generali

1. ☐ Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zebrane przez Generali Życie T.U. S.A. takie jak imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, data 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.

2. 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

3. Zostałem poinformowany, że Generali Życie T.U. S.A. udostępniła za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjny-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

☒ Data

D	D
M	M
R	R
R	R
R	R
R	R

☒ Podpis Pracownika

ZAŁĄCZNIK - KLAUZULA INFORMACYJNA - Informacja o przetwarzaniu Pana/Pani danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej „RODO”) informujemy, że:

I. Administrator danych osobowych

My, Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., (dalej jako: Generali Życie T.U. S.A.) z siedzibą przy ul. Postępu 15B (02-676 Warszawa) jesteśmy Administratorem Pana/Pani danych osobowych.

II. Grupa Generali

Grupę Generali tworzą spółki: Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., z siedzibami przy ul. Postępu 15B; 02-676 Warszawa. W ramach Generali PTE S.A. administratorami danych osobowych są Generali Otwarty Fundusz Emerytalny i Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny.

III. Cele i podstawy przetwarzania

Będziemy przetwarzać Pana/Pani dane:

1. w celu przystąpienia / zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie Pana/Pani zainteresowania naszą ofertą (podstawa z art. 6 ust 1 lit. b RODO);
2. w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie obowiązku z art. 4 ust. 8 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹⁾ (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
3. w celu wypełnienia obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu brudnych pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu na podstawie obowiązku z art. 8-10d ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu²⁾, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
4. w celu wypełnienia obowiązków związanych z raportowaniem FATCA na podstawie obowiązku z art. 4 ustawy wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA³⁾, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
5. w celu wypełnienia obowiązków związanych z raportowaniem CRS na podstawie obowiązku z art. 33 oraz 36 ustawy 9 marca 2017r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami⁴⁾, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
6. w celu rozpatrywania reklamacji na podstawie obowiązku z art. 3-10 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym⁵⁾ (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
7. w celu ewentualnego podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, w tym profilowania zgłoszeń szkód ubezpieczeniowych pod kątem potencjalnych przestępstw w celu pogłębienia badania zgłoszenia, będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym oraz obrony przed nadużyciami, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
8. w celach analitycznych (doboru usług do potrzeb naszych Klientów, optymalizacji naszych produktów w oparciu także o Pana/Pani uwagi na ich temat i Pana/Pani zainteresowanie, itp.) będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
9. w celach archiwalnych (dowodowych) będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
10. w celu reasekuracji ryzyk będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
11. w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
12. w celu badania satysfakcji Klientów będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu określania jakości naszej obsługi oraz poziomu zadowolenia naszych Klientów z produktów i usług, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);

13. w celu oferowania Panu/Pani przez nas zniżek w ramach programów lojalnościowych będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
14. w celu oferowania Panu/Pani przez nas produktów i usług podmiotów z Grupy Generali bezpośrednio (marketing bezpośredni), w tym dobierania ich pod kątem Pana/Pani potrzeb, czyli profilowania, za Pana/Pani dobrowolną zgodą (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO);
15. dodatkowo, w celu oceny ryzyka oraz realizacji umowy ubezpieczenia będziemy przetwarzać dane osobowe dotyczące Pana/Pani zdrowia na podstawie zgody (w związku z art. 9 ust. 2 lit. a) RODO).

IV. Odbiorcy danych

1. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać ujawnione: podmiotom z Grupy Generali, naszym partnerom, czyli firmom, z którymi współpracujemy łącząc produkty lub usługi, zakładom reasekuracji. Do Pana/Pani danych mogą też mieć dostęp nasi podwykonawcy (podmioty przetwarzające) np. firmy księgowe, prawnicze, informatyczne, likwidatory szkód, wykonawcy usług w ramach likwidacji szkód.
2. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać ujawnione naszym partnerom znajdującym się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, z którymi współpracujemy łącząc produkty i usługi. W przypadku danych przekazywanych do Stanów Zjednoczonych, odbywa się to na podstawie regulacji Privacy Shield. Odbiorcy z siedzibą w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym wdrożyli odpowiednie lub właściwe zabezpieczenia Pana/Pani danych osobowych. Przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania kopii przekazanych danych osobowych.

V. Prawa osób, których dane dotyczą:

Zgodnie z RODO, przysługuje Panu/Pani:

- a) prawo do wycofania zgody (tam, gdzie podstawą prawną przetwarzania jest zgoda);
- b) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- c) prawo sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- d) prawo usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- e) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- f) prawo przenoszenia danych tj. do otrzymania od administratora Pana/Pani danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które można przesłać innemu administratorowi;
- g) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

VI. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy i dokonaniem oceny ryzyka jest konieczne do przystąpienia / zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie / przystąpienie do umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są pod adresem <https://www.generali.pl/nota-prawna.html>

¹⁾Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

²⁾Ustawa z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu

³⁾Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA

⁴⁾Ustawa z dnia 9 marca 2017r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami

⁵⁾Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym