



# Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP13\_C/CM\_GL ZG5)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

1-304-01.2022

Nr wniosku/Nr polisy

9	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

Stowarzyszenie Euroubezpieczeń
--------------------------------



## Dane Pracownika

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>		
PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców)	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>	Obywatelstwo <sup>1)</sup> (jeśli inne niż polskie)	<input type="text"/>
Zawód wykonywany	<input type="text"/>	Data zatrudnienia <sup>2)</sup>	<input type="text"/>		
Adres do korespondencji	<input type="text"/>		Kraj (jeśli inny niż Polska)	<input type="text"/>	
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica, nr domu, nr mieszkania	<input type="text"/>				
Tel. Komórkowy*	<input type="text"/>	E-mail*	<input type="text"/>		

## Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

- Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem 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.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostały mi **doręczone oraz zapoznałem 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.**
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałem się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
- Oświadczam, że w dniu wypełnienia niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup>/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.*
- Dotyczy Pracowników przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa:** Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałem na zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup> trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub dłużej:  
 TAK  NIE

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

## 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.

## Oświadczenie Pracownika o pozostawaniu w związku nieformalnym

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

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

Proszę zaznaczyć wybrany wariant:

<input type="checkbox"/> 98,00 zł	<input type="checkbox"/> 74,00 zł	<input type="checkbox"/> 59,00 zł
Wariant I	Wariant II	Wariant III

✓  Data

✓  Podpis Pracownika

✓  Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Verte --->



# Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP13\_C/CM\_GL ZG5)  
Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

9 0 0 0 0 0 1 0 0 1 2

Strona 2 z 2

## Uposażeni (łącznie 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 pozostaje po 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



D	D
D	D
D	D
D	D

M	M
M	M
M	M
M	M

R	R	R	R
R	R	R	R
R	R	R	R
R	R	R	R


## 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
- Zgadzam się na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową, innym podmiotom z Grupy Generali (Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny zarządzany i reprezentowany przez Generali PTE S.A., Generali Investments TFI S.A.) oraz ich przetwarzanie przez te podmioty w ich celach marketingowych. Dane osobowe udostępniane do dalszego przetwarzania obejmują: wszystkie informacje zawarte w formularzach, umowach, wnioskach lub ofertach, w tym informacje o moich produktach finansowych lub ubezpieczeniowych, przedmiotach ubezpieczenia, szkodach i ich likwidacji.  
Dane będą przetwarzane w celu dostosowania oferty produktów finansowych lub ubezpieczeniowych Grupy Generali do moich indywidualnych potrzeb i preferencji.  
Moja zgoda dotyczy zarówno danych pozyskanych przed wyrażeniem zgody (w szczególności w toku zawierania i wykonywania poprzednich umów ubezpieczenia), jak również danych zebranych później. Wyrażona zgoda będzie podstawą do udostępniania i przetwarzania danych pozyskanych do czasu jej odwołania. Zgodę mogę wycofać w każdym czasie w sposób opisany w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.
- Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail/SMS):  
 TAK  NIE
- Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali poprzez kontakt telefoniczny:  
 TAK  NIE
- Zostałem poinformowany, że Generali Życie T.U. S.A. udostępni za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Data

D	D
---	---

M	M
---	---

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

Podpis Pracownika

--

## Objaśnienia

- W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.
  - 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.
  - 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 do Konta Klienta. Korzystanie z Konta Klienta wymaga akceptacji Regulaminu. O ile wyrazi Pan/Pani zgodę na przekazywanie przez grupę Generali informacji o produktach, promocjach lub zniżkach, podany nr telefonu, adres e-mail będzie służył również do przekazywania tych informacji.