



Deklaracja przystąpienia Pracownika do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾ (DP4_C/CM_GL)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.
PROSIMY O WYPEŁNIANIE Drukowanymi literami

Nr wniosku/Nr polisy

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

Nazwa lub pieczęć Ubezpieczającego/Pracodawcy

Stowarzyszenie Euroubezpieczeni



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane Pracownika

Imię i nazwisko																																					
Data urodzenia	D	D	M	M	R	R	R	R	PESEL/nr Paszportu (w przypadku obokrajowców)											Obywatelstwo ²⁾ (jeśli inne niż polskie)																	
Zawód wykonywany											Data zatrudnienia ³⁾	D	D	M	M	R	R	R	R																		

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 inny trwały nośnik informacji
---	--

Tel. komórkowy											E-mail																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

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 pozostałej 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	D	D	M	M	R	R	R	R	% świadczenia			%
Nazwisko i Imię	Adres	Data urodzenia	D	D	M	M	R	R	R	R	% świadczenia			%
Nazwisko i Imię	Adres	Data urodzenia	D	D	M	M	R	R	R	R	% świadczenia			%

Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

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

Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałzonka 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.

Oświadczenia

1. 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 ubezpieczenia, stanowiły podstawę objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie tej Umowy ubezpieczenia. Podpisując deklarację, oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia 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.

2. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostałam mi doręczona oraz zapoznałam(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 Max¹⁾, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.

3. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji: a) jestem hospitalizowany ☐ TAK ☐ NIE b) przebywam na ponad 14- dniowym zwolnieniu lekarskim ⁴⁾ ☐ TAK ☐ NIE
Dotyczy wyłącznie osób przystępujących w dacie zawarcia Umowy.
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.

4. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałam na zwolnieniu lekarskim trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub więcej ☐ 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). Dotyczy osób przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa.

5. ☐ 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.
6. ☐ 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.
7. ☐ 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 ubezpieczenia, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia 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	✓	D	D	M	M	R	R	R	R	Podpis osoby przystępującej do Umowy	✓											Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego	✓										
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objaśnienia

- Wybierz właściwą wersję produktu.
- 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.



Deklaracja przystąpienia Pracownika do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹ (DP4_C/CM_GL)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.
PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr wniosku/Nr polisy

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

Składka ochronna

Podgrupa	W1	74,00PLN	W2	49,00PLN	W3	39,00PLN
----------	----	----------	----	----------	----	----------

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 ubezpieczenia 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 serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Składka inwestycyjna (należy wypełnić jedynie w przypadku gdy Umowa jest rozszerzona o Umowę Dodatkową z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi)

Oplacana ze środków Pracownika: w kwocie lub w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto

Oplacana ze środków Pracodawcy: w wysokości wskazanej przez Pracodawcę.

Podział składki inwestycyjnej

Ustanawiam następujący podział składki inwestycyjnej opłacanej z moich środków pomiędzy fundusze:

☐ zgodnie z Alokacją Modelową

☐ zgodnie ze wskazaniem poniżej:

Grupowy Agresywny	Grupowy Mieszany	Grupowy Obligacji	Zabezpieczenie emerytalne	Gwarantowany plus	Inny	Razem
						1 0 0 %

Ustanawiam następujący podział składki inwestycyjnej opłacanej ze środków Pracodawcy pomiędzy fundusze:

Grupowy Agresywny	Grupowy Mieszany	Grupowy Obligacji	Zabezpieczenie emerytalne	Gwarantowany plus	Inny	Razem
						1 0 0 %

UWAGA! W przypadku braku wskazania podziału składki lub wskazania nie sumującego się do 100%, składki inwestycyjne będą alokowane w Fundusz Grupowy Obligacji.

Data	Podpis Pracownika	Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego
✓	✓	✓

Portal Konto Klienta to nowoczesny i kompleksowy serwis internetowy, zapewniający Klientom stały dostęp do pełnej informacji o warunkach umowy ubezpieczenia i opłaceniu składek. Do rejestracji w Koncie Klienta niezbędny jest numer certyfikatu grupowego ubezpieczenia na życie, który zostanie przesłany SMS-em na podany w deklaracji przystąpienia numer telefonu komórkowego. W celu aktywowania dostępu, należy: wejść na stronę: [konto.generali.pl](#), wybrać opcję: utwórz konto, uzupełnić dane i postępować zgodnie z podanymi wskazówkami.